



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES



**SESIONES GRUPALES DE SENSIBILIZACIÓN
PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

MÓNICA LARISSA CARDIEL FUENTES

DIRECTORA DE IPSS

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi madre Rosario,
por su amor y apoyo incondicional.

L. A.

Índice.

Resumen	4
Datos generales del programa de Servicio Social	5
Contexto de la institución y del programa donde se realizó el Servicio Social	6
Actividades realizadas en el Servicio Social	10
Objetivos del informe de Servicio Social	25
Soporte teórico metodológico	26
Resultados obtenidos	31
Recomendaciones y sugerencias	34
Referencias	39
Anexo 1	40
Anexo 2	40
Anexo 3	41
Anexo 4	42
Anexo 5	49
Anexo 6	51

Resumen

Gran cantidad de pacientes con diferentes diagnósticos son atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", lugar en el que reciben atención multidisciplinaria, incluyendo la psicológica. En el presente proyecto se detallan las actividades realizadas como parte del Servicio Social prestado en dicha institución. El área asignada fue hospitalización, y se trabajó con pacientes varones. A lo largo del trabajo se destaca la importancia de dos puntos fundamentales: la atención dirigida a los usuarios del hospital y la formación profesional del prestador del servicio social. Así mismo se desglosan las tareas asignadas, siendo: realización de entrevistas de primera vez y de seguimiento; elaboración de notas de evolución; integración de informes psicológicos; y coordinación de diferentes grupos dirigidos tanto a pacientes como a sus familiares de manera separada. Se especifica también el procedimiento utilizado y los objetivos alcanzados en cada una de ellas. Lo anterior contextualizando el servicio, las relaciones interpersonales que se tuvieron en él y la población atendida, para con ello tener una mejor comprensión de las condiciones dentro de la institución. Por último se dan a conocer diversas estrategias y los resultados obtenidos, concluyendo con una propuesta de modelo grupal encaminada a la sensibilización de los pacientes respecto a su padecimiento mental.

Palabras clave: esquizofrenia, sensibilización, enfermedad mental.

Datos generales del programa de Servicio Social.

El Servicio Social se prestó en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", que pertenece a la Secretaría de Salud, en donde se trabajó conforme al programa "Atención psicológica a pacientes con enfermedad mental". Dicho programa tiene como objetivo brindar atención psicológica individual y grupal a pacientes hospitalizados, ambulatorios y a sus familiares, para su diagnóstico y rehabilitación psicosocial. Las actividades dirigidas por el servicio de Psicología son:

- ✓ Entrevistas a pacientes.
- ✓ Integración de notas de evolución en expedientes clínicos.
- ✓ Aplicación y calificación de pruebas psicológicas.
- ✓ Integración de estudios psicológicos.
- ✓ Coordinación de grupos psicoeducativos y dinámicas grupales para pacientes.
- ✓ Coordinación de grupos psicoeducativos y de reflexión para familiares.
- ✓ Revisión de casos clínicos.

El área asignada para prestar el servicio social fue hospitalización, en la cual se llevaron a cabo las actividades anteriores, que se desarrollan en el apartado "Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social".

Contexto de la institución y del programa.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, cuya razón de ser se centra en la atención del usuario, así como en la enseñanza e investigación, ofrece a los prestadores de servicio social apoyo académico, asesoría, cursos y atención médica, por lo que es considerado sede para la formación de personal médico en Psiquiatría y uno de los recintos con mayor enfoque educativo formando profesionales de la salud mental.

La institución brinda atención médica hospitalaria, su objetivo es atender a la población adulta de ambos sexos con trastornos mentales agudos, contando para ello con recursos de diagnóstico y tratamiento modernos. Su misión es brindar atención integral de alta calidad y humanista a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia. Como visión tiene ser el mejor hospital de Psiquiatría y salud mental en México, líder en Latinoamérica en los modelos de atención reinserción psicosocial en la enseñanza e investigación.

Los servicios con los que cuenta el hospital son los siguientes: urgencias y pre-consulta, a los que se acude por primera vez, y se efectúa la canalización para la consulta externa, hospitalización continua y/o parcial. En consulta externa se brinda atención psiquiátrica a adultos provenientes de hospitalización continua, servicio en el que se ofrecen consultas de primera vez y de seguimiento, terapias individuales, terapias de grupo, grupos de orientación a familiares y grupos de reflexión. De este servicio se canaliza al paciente a las clínicas de Adherencia Terapéutica y de Intervención Familiar, las cuales se encuentran dentro del hospital.

También existe un área llamada “Psiquiatría comunitaria”, la cual brinda servicio de atención a la población en general de forma extramuros en distintos niveles,

proporcionando: la promoción y educación para la salud, así como detección y tratamiento oportuno en el área de salud mental.

El servicio social se prestó en el área de "Hospitalización continua" con pacientes varones, siendo uno de los pabellones con mayor demanda, cuenta constantemente con 32 pacientes. El personal del servicio está conformado por una trabajadora social, tres médicos psiquiatras adscritos y tres residentes, enfermeros adscritos y alumnos, una psicóloga adscrita y el prestador de servicio social.

Los pacientes cuentan con un cronograma para realizar diversas actividades durante el día. A las 6:00 hrs. el personal de enfermería visita a los pacientes, les registra signos vitales y les suministra sus medicamentos, quedando pendientes de su baño y desayuno. Posteriormente, a las 9:00hrs. los pacientes acuden a la sesión grupal, con duración de una hora, actividad coordinada por el personal de Psicología. Al finalizar acuden a rehabilitación (talleres) aquellos que han obtenido este servicio. A las 11:00hrs. el personal de enfermería organiza la salida al jardín. Por la tarde, a las 13:00hrs. llega la comida y a las 14:00hrs. la toma del medicamento. Finalmente los pacientes tienen actividades con personal de psicología y enfermería, visita de sus familiares, cena, nuevamente toma de medicamento y a las 10:00hrs. la hora de dormir.

Es de suma importancia el establecimiento de horarios en los pacientes, para lograr un mejor aprovechamiento en las actividades grupales. Sin embargo las exigencias del servicio únicamente permiten laborar con los pacientes una o quizá dos veces de manera individual durante su estancia, que es de tres a cuatro semanas aproximadamente.

El área de hospitalización está integrada por 32 pacientes, entre los cuales existe una gran diversidad de diagnósticos, basados en la Clasificación de los Trastornos Mentales y

del Comportamiento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Se presentan los trastornos siguientes:

- Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
- Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
- Trastorno maniaco orgánico.
- Trastorno bipolar orgánico.
- Trastorno depresivo orgánico.
- Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico.
- Trastorno de ansiedad orgánico.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.
- Esquizofrenia.
 - Paranoide.
 - Hebefrénica.
 - Catatónica.
 - Indiferenciada.
- Trastorno de ideas delirantes persistentes
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- Trastornos esquizoafectivos.
 - Tipo maniaco.
 - Tipo depresivo.
 - Tipo mixto.
 - Episodio maniaco

- Hipomanía.
- Manía sin síntomas psicóticos.
- Manía con síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar
 - Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.
 - Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.
 - Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
 - Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave.
- Episodio depresivo.
 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Trastorno depresivo recurrente.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno de estrés post-traumático.
- Trastornos específicos de la personalidad.
- Retraso mental leve
- Retraso mental moderado
- Retraso mental grave.

Actividades realizadas en el Servicio Social.

Las actividades que realicé fueron distintas, sin embargo todas ellas dirigidas al paciente hospitalizado y a su familia. Durante los primeros días de mi estancia me enfoqué a observar y relacionarme con la dinámica del hospital, a saber qué tareas se realizan y de qué manera, así como la interacción entre el personal y los pacientes. Al cabo de unos días comencé a hacer entrevistas de primera vez, para después elaborar la nota de evolución correspondiente e integrarla en el expediente del paciente. Integré también reportes psicológicos y coordiné diferentes sesiones grupales.

La técnica más importante en dichas actividades es la observación. La empleé en el comportamiento y la actitud que mantienen los pacientes hacia el grupo, compañeros, personal del hospital, familia, etc. Esta técnica fue el primer paso para comenzar a indagar en las inquietudes del paciente y en sus necesidades, y así generar preguntas que sirvieron a la hora de intervenir con él.

Cada día, fue necesario elegir cuidadosamente a los pacientes que entrevistaría, tomando en cuenta que en ocasiones, la sintomatología presentada impedía que el flujo de la comunicación resultara satisfactorio. Esto ocurría con mayor frecuencia, en los pacientes que expresaban altamente los siguientes síntomas: agresividad, irritabilidad, errores de conducta e incluso alucinaciones. En este sentido, también consideraba el grado de cooperación que podrían otorgar debido a la reacción provocada por el tratamiento farmacológico, pues muchos de ellos presentaban somnolencia durante los primeros días de estancia. De manera que, los pacientes que presentaban este efecto secundario y/u otros más, como: salivación, sequedad de boca, mareos, temblores, contracciones musculares involuntarias, entre otros; y, si esta condición no afectaba de manera negativa la interacción con ellos, eran considerados candidatos para entrevista. También seleccionaba a los pacientes que, en ese momento, podían ofrecer mayor información

acerca de su estado y padecimiento, los que tenían una buena conducta, o bien, aquellos que no implicaban un peligro para el entrevistador. Con esto último me refiero a que, si observaba o me era notificado, que un paciente había agredido a alguien más (personal del servicio u otro paciente), era descartado como voluntario para entrevista.

En caso de no entrevistar a los pacientes, debido a alguna de las causas antes mencionadas, debía notificarlo en el expediente a través de una "nota de evolución"; y de la misma manera cuando existían situaciones significativas, como en el caso de que los pacientes se mostraban se mostraran altamente demandantes de atención, con problemas de manejo, alta irritabilidad, agresividad o graves errores de conducta.

Para la integración de "notas de evolución", apliqué durante la entrevista el examen mental, para indagar en aspectos importantes que me interesaba conocer del paciente, tales como los siguientes: la orientación, la memoria, la atención, la concentración, el discurso, el lenguaje, etc. Para conocer su orientación, incluí preguntas respecto a sí mismos, es decir "¿cómo se llama?", "¿a qué se dedica?"; dirigí algunas cuestiones en cuanto al tiempo, tales como: "¿qué día es hoy?", "¿qué día llegó al hospital? o ¿qué fecha es hoy?"; otras preguntas estaban destinadas a indagar si sabían en qué lugar se encontraban, para lo que usaba "¿sabe en dónde estamos?" o "¿en dónde vive?". Respecto a su memoria, me interesaba saber si recordaban eventos ocurridos ese mismo día, como lo visto en la sesión grupal u otras actividades del día, así como situaciones vividas años atrás, indagando en situaciones familiares de importancia, hechos relacionados con su padecimiento o empleos anteriores.

Al llevar a cabo las entrevistas, tuve la oportunidad de conocer las características del lenguaje de los pacientes, considerando su fluidez y su velocidad (si era lento o rápido). A través del discurso de cada sujeto, podía dar cuenta de cómo era su pensamiento; en cuanto a la forma, percibía si existía coherencia entre las ideas que narraba, si seguía una

línea directriz en sus narraciones, o bien, si el paciente presentaba disgregación; respecto al contenido del pensamiento, debía averiguar la presencia o ausencia de ideas delirantes, ante lo que reportaba su discurso como congruente o incongruente. Para ser más específica, en caso de que hubiera algún delirio, lo especificaba en la nota de evolución con una cita del paciente; esto para personalizar más el reporte y detallar cada caso, pues escuchaba diferentes tipos de ideas irreales, presentándose más frecuentemente: las místico-religiosas, de persecución, de daño y de transferencia de pensamiento.

Un punto fundamental que debía mencionar en las notas del expediente, era la sensopercepción del paciente, especificando si presentaba alteraciones en ella, lo que ocurría en la mayoría de los casos, pues muchos de ellos tenían alucinaciones auditivas o visuales al llegar a hospitalización y con el paso del tiempo, ellos mismos afirmaban que desaparecían gracias al medicamento que tomaban; en muchos casos este síntoma persistía todo el internamiento, aunque con menor intensidad.

Durante la entrevista pude explorar la conciencia de enfermedad que presentaban los pacientes, que en muchas ocasiones era nula, algunos de ellos tenían una advertencia de que podían tener un padecimiento mental; realmente muy pocos sujetos llegaban al servicio diciendo cuál era su enfermedad y conociéndola. En cuanto a los que, al inicio de la hospitalización, negaban completamente presentar alguna enfermedad psiquiátrica, mientras transcurría el internamiento, pude observar que algunos comenzaban a tener advertencia de su padecimiento, llegando a aceptar los síntomas más objetivos. De esta manera, obtuve información acerca de los signos y síntomas actuales del trastorno mental, así como de la introspección sobre éste.

Indagué en el estado de ánimo del paciente, para saber de qué manera percibía su enfermedad, el internamiento y la dinámica familiar; con el objetivo de comprender

algunos aspectos del comportamiento del paciente, como la manera como se dirigía a sus compañeros en las sesiones grupales, el por qué del rechazo hacia la familia o al personal del hospital; algunos de ellos se mostraban bastante molestos debido a los efectos secundarios de los medicamentos, a la prolongación de su internamiento, o al cuidado que les daba su familia o al maltrato que recibían de ésta. En todos los casos, registraba en las notas el comportamiento del paciente, así como todos los aspectos de su presentación como apariencia, actividad psicomotriz y afecto, mismos que se revelan en los primeros minutos de la entrevista y durante los grupos realizados.

Como ya mencioné, pude explorar diferentes aspectos de cada paciente al que entrevisté, información que me sirvió para conocerlos más de ellos y aprender de su patología. A manera de resumen, muestro a continuación los datos que incluí en las "nota de evolución": sexo; edad cronológica y aparente (si es mayor, igual o menor a la referida); su actitud hacia los grupos, así como a los llamados del servicio y a la entrevista; condiciones de higiene y aliño; indumentaria; talla; conformación; marcha y movimientos anormales. Reporté también la orientación en tiempo, espacio, persona y circunstancia; su atención y comprensión, durante la entrevista y las sesiones grupales. Respecto al lenguaje especificué sus características de tono y velocidad; en cuanto al discurso, incluí el curso del pensamiento (lento o acelerado) y el contenido de pensamiento (ideas de muerte o suicidas, ideas sobrevaloradas, obsesivas o delirantes); sensopercepción (si el paciente refiere y/o aparenta ilusiones o alucinaciones). El juicio de manera cualitativa, si está dentro o fuera del marco de la realidad y cuantitativamente si está suspendido, si es insuficiente o si se nota disminuido; el afecto si es apropiado. La impresión de las funciones mentales superiores refiriendo cómo se encuentran: la memoria a largo plazo y de trabajo, la concentración y la atención. La introspección del paciente (conciencia de enfermedad); planeación a futuro (conservada, aumentada o nula); la

adherencia al tratamiento farmacológico; y la actitud que tienen los familiares cuando los observé con el paciente o información que consideré relevante.

Por otra parte, después de recibir la petición de estudio psicológico de alguno de los médicos psiquiatras, determiné la batería que utilizaría, así fuera de personalidad, de inteligencia o un estudio completo. Apliqué, calificué e interpreté las pruebas psicológicas. Al final realicé la integración del estudio y la integré en el expediente. Las pruebas que se utilicé comúnmente son:

- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-II).
- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos- 3 (WAIS-III).
- Test de Machover.
- Técnica de Dibujo Proyectivo HTP (casa-árbol-persona).
- Test de la persona bajo la lluvia.
- Test del árbol.

Existen cuatro modalidades en las actividades grupales: Psicoterapia de grupo, Asamblea de pacientes, Orientación y Estimulación cognoscitiva. Las cuales han sido propuestas y elaboradas por la institución, con lineamientos propios de ésta. Al inicio únicamente dirigí un grupo en su totalidad (asamblea) y propuse temas y ejercicios para otros dos grupos (orientación y estimulación cognoscitiva) que coordinaba con apoyo de mi supervisora. Conforme pasó el tiempo intervine en la psicoterapia sobre todo con un cierre en el que hacía hincapié en los puntos más importantes tratados durante la sesión. Al cabo de tres semanas dirigí sola las sesiones grupales, con excepción de psicoterapia pues ésta implicó para mí mayor dificultad.

- Los días lunes y viernes coordiné el grupo de “Psicoterapia”, que es el más pequeño de todos, pues participan únicamente los pacientes de los que se reportan mejorías, aquellos a los que se les ha notificado de su *alta* y algunos nuevos ingresos. A estos últimos, debía motivarlos para conseguir su asistencia, hablándoles de la importancia que tenía para su evolución escuchar los temas tratados, así como las experiencias de sus compañeros; esto con el objetivo de que conocieran la dinámica de grupos del servicio y se involucraran, tanto con las sesiones como con sus compañeros. Este grupo tiene como objetivo específico concientizar al paciente acerca de la enfermedad que padece, para que logre identificar los síntomas de ésta y visualice la necesidad de continuar con un tratamiento farmacológico, evitando la recaída que conlleva un deterioro cognitivo; y con esto la posible resolución de conflictos inmediatos, por ejemplo de situaciones problemáticas con la familia, que en muchas ocasiones eran motivo de internamiento. El coordinador del grupo debe dirigir de tal manera que logre informar organizadamente a los pacientes acerca de los síntomas de su enfermedad y los efectos de los medicamentos, también resolver sus dudas, comentar con ellos su planeación a futuro e insistir en la adherencia al tratamiento.
- Llevé a cabo la “Asamblea de pacientes”, en ella se exhorta a participar a la mayor cantidad posible de pacientes, con el objetivo de tratar asuntos generales del piso de hospitalización como la alimentación, las instalaciones, la relación que mantienen con el personal tanto psiquiatras, enfermeros, psicólogos, personal de limpieza y de cocina, así como la relación entre ellos. Se rescatan las anomalías y se invita a los pacientes a que con ayuda del personal, se busquen soluciones que funcionen para todos y que sean realistas. Todo esto se reporta a las autoridades de la institución, mediante un formato que otorga la misma.

- En el grupo titulado “Orientación” seguí el objetivo de proporcionar información a los pacientes, a través de sesiones en las cuales abordé temas relacionados con su padecimiento, sensibilizando a los pacientes sobre la importancia de responsabilizarse de su propio tratamiento y obtener mayor conocimiento y conciencia de su enfermedad. Por ello llamé a los pacientes que se observaban con mayor capacidad de atención y que mantengan disposición para permanecer en la sesión. Se les expone un tema específico como “Sueño”, “Adicciones”, “Enfermedad mental” o “Efectos de los medicamentos”, entre otros. Previamente se prepara el material visual para propiciar el interés en los pacientes, con cartulinas, tarjetas que muestran de diferentes colores los síntomas de las enfermedades mentales y los efectos de los medicamentos.
- De “Estimulación cognoscitiva” el propósito es coadyuvar en el tratamiento integral del enfermo mental con actividades específicas que estimularan funciones de abstracción, síntesis, atención, concentración, comprensión y memoria. Para esto realicé actividades que fueran atractivas para los pacientes y convoqué a gran parte de ellos, aunque a aquellos que presentaban problemas de manejo tenía que marcarles límites, lo que era importante generar un ambiente de confianza y cooperación entre ellos al realizar las tareas. Casi todas las sesiones comenzábamos con un ejercicio de memoria llamado *Nombres encadenados* en el que los pacientes debían recordar los nombres de sus compañeros y algo más (un objeto que comenzara con la primera letra de su nombre, una de sus virtudes, su fruta preferida, entre otras). Una vez realizada esta presentación les planteaba tareas que estimularan su memoria y generalmente tomaba en cuenta el tema visto el día anterior para que forzara el aprendizaje pues mientras se realizaba la tarea indicada, les exponía nuevamente el tema. En este grupo observaba su capacidad de trabajar en equipo y ellos daban cuenta de los logros que

alcanzaban de manera individual y cooperando con los demás. A lo largo de la actividad los pacientes externaban dudas, mismas que eran resueltas en el momento o al tratarse de casos específicos de tratamiento farmacológico, se les pedía que le hicieran el comentario a su médico para que le resolviera de manera particular. Para finalizar la sesión pedía a los pacientes una retroalimentación, así comentaban cómo les pareció, para qué les sirvió y si fue de su agrado la actividad, lo que consideraba en las sesiones futuras. Incluí diversos ejercicios para los que también elaboré material visual:

- **Sopas de letras.** Se les presentaba una cartulina en la que había escrito letras a manera de cuadrícula, entre las cuales debían ubicar estímulos específicos, por ejemplo síntomas de la enfermedad mental o efectos de los medicamentos. Se les daba tiempo para que observaran la cartulina y después, de manera ordenada, uno por uno pasaban al frente para encerrar lo que encontró. Para finalizar la sesión nombraba todas las palabras encontradas y hacía notar aquellas que no, reconoció la importancia de conocer más sobre los padecimientos psiquiátricos, haciendo hincapié en el beneficio que tenía esto en la evolución de su padecimiento.
- **Dibujo de una persona.** Los pacientes realizaban el dibujo de una persona, añadiendo una parte del cuerpo cada quien, para después narrar una historia respecto a esa persona de manera grupal. Luego quitaba de su vista tanto la figura como la historia, y les pedía que la narraran individualmente. Así al tiempo que reflejan los síntomas de su enfermedad, trabajaban la concentración y la memoria. Este ejercicio me permitió conocer más acerca de cada paciente, algunas características específicas de su pensamiento que quizá no otorgaban mientras hablaba con ellos en

el consultorio, o que probablemente no externaban a sus médicos. El factor proyectivo de la actividad, funcionó principalmente para indagar en el estado de ánimo de los pacientes, brindándome herramientas que me ayudarían conocer elementos específicos de su vida.

- **Juego de ahorcado.** En una cartulina hacía líneas horizontales consecutivas, en las que los pacientes debían descubrir letras para conformar una palabra, antes de perder la partida, pues por cada letra que no estuviera se le ponía una parte del cuerpo al muñeco que representaba al ahorcado. La actividad se ilustra en el anexo 1, donde se puede observar que en esa sesión tratamos el tema “Síntomas de la enfermedad mental”, pero en otras ocasiones las palabras estaban relacionadas con los efectos de los medicamentos. Así los pacientes lograban identificar la diferencia entre: los síntomas que disminuían con el tratamiento farmacológico y aquello que les provocaba temporalmente el mismo.
- **Clasificación de síntomas y efectos.** En esta actividad, presentaba dos cartulinas de diferente color, una con el título “Síntomas de la enfermedad mental” y otra con “Efectos secundarios de los medicamentos”. Entre ellas ponía tarjetas que debían clasificar en las dos cartulinas. Pasaban ordenadamente, de tres en tres, hasta haber movido todas las tarjetas a la cartulina que creían correcta. Al finalizar hacía notar los aciertos y colocaba correctamente las tarjetas que no habían sido colocadas en su sitio. En el anexo 2 se ilustra el resultado de una sesión en la que se practicó esta actividad.
- **Serpientes y escaleras.** Realicé el tablero del conocido juego de mesa, en dimensiones grandes para que fuera visible ante todos los participantes. En algunas casillas puse tarjetas que tenían escritos síntomas de distintos

trastornos, en general los presentaba como “Síntomas de la enfermedad mental”. Formaba dos equipos entre los participantes e iban avanzando alternadamente según los puntos que marcara el dado. Conforme avanzaba el juego explicaba cada una de las tarjetas. Al finalizar resolvía dudas y pude notar que los pacientes, con este tipo de actividades, se interesaban en más en sus padecimientos e identificaban momentos en los que tuvieron diferentes síntomas. El tablero se muestra en el anexo 3.

Como parte de las actividades que programa el Hospital para los familiares de los pacientes, existe un ciclo de conferencias que incluye los temas: “Enfermedad mental”, “Estigma”, “Servicios del Hospital” y “Regreso a casa”; impartidos por médicos psiquiatras, médicos residentes, trabajadores sociales y psicólogos, respectivamente. En el tema “Regreso a casa”, proporcionábamos información a los familiares, sobre qué hacer cuando el paciente fuera dado de alta de hospitalización continua, hablando de cómo prevenir una recaída, qué cuidados deben tener y estrategias para el seguimiento del tratamiento.

Al asistir a algunas conferencias de este ciclo, especialmente en la que corresponde a Psicología, noté que los asistentes intentaban captar toda la información que se les mostraba, mediante una presentación que, básicamente, contenía sólo texto; por lo que terminaban la sesión con muchas dudas y las externaban en la actividad que seguía, a cargo del equipo de Psicología (hablaré del grupo de Reflexión más adelante). Percibí que esta situación dificultaba que, ambas actividades se llevaran a cabo satisfactoriamente, pues el aprendizaje de la primera, se lograba hasta finalizar la segunda. Debido a ello, mi supervisora y yo, consideramos necesario proporcionar información útil y precisa, de manera que los asistentes comprendieran el tema e inmediatamente después de la

conferencia, externaran sus dudas e inquietudes, ya que la mayoría de ellos cumplen el papel de cuidadores primarios de los pacientes en casa.

Apoyándome en notas que me proporcionó mi supervisora, y en la presentación anterior de "Regreso a casa", diseñé otra presentación, pero encaminada a que fuera visualmente atractiva. En ella incluí puntos estratégicos para facilitar la comprensión y el aprendizaje. La psicóloga adscrita revisó mi trabajo y lo aprobó, invitándome a coordinar la siguiente conferencia su lado, pero con apoyo del nuevo material. Durante la primera presentación, logramos captar la atención de los asistentes, y resolvimos sus dudas dentro del tiempo destinado para la actividad (una hora con treinta minutos). Hicimos una retroalimentación y revisamos el material para modificarlo, siguiendo con el propósito de que los familiares comprendieran el contenido. Para la siguiente presentación (y última en que participé), notamos que las intervenciones de los asistentes ya no eran tanto dudas, sino incluían comentarios y experiencias en torno a lo aprendido. Las diapositivas (ya modificadas) se muestran en el Anexo 4, los puntos tratados se mostraron el siguiente orden:

1. Presentación
2. La importancia de ayudar al paciente a seguir su tratamiento al ser dado de alta, haciendo énfasis en que deben seguir tomando el medicamento, y acudir a las visitas de seguimiento.
3. El papel de la información otorgada por los médicos tratantes, para el reconocimiento y la aceptación del padecimiento.
4. Diferencia entre diversos síntomas de la enfermedad mental y los efectos de los medicamentos.
5. Ejemplo para retomar la importancia de la toma del medicamento en el control de los síntomas.

6. Desmentir lo que confirman los pacientes cuando dicen que ellos mismos pueden controlar sus síntomas, incluso cuando son altamente expresados.
7. Aprender a reconocer los síntomas tempranos de la recaída y tratarlos rápidamente, para evitar el paso a un episodio completo y sus consecuencias; incluyendo entre los más comunes: disminución de la necesidad de dormir, variaciones en el nivel de actividad, irritabilidad, discusiones constantes, intolerancia, cambios de estado de ánimo o descuido de la higiene.
8. Factores que, al provocar estrés sostenido en los pacientes, favorecen a la aparición de una recaída, como: una familia disfuncional, conflictos no resueltos, problemas laborales, agresividad y/o pérdidas (duelos).
9. Recordar que más allá de los estudios genéticos, no existe ningún trabajo experimental que demuestre, que la actitud de la familia sea un factor determinante en la etiología de la enfermedad mental.
10. Factores que disminuyen el riesgo de recaídas: hábitos de sueño, de alimentos y de actividades; regularidad y el orden; y la administración correcta del medicamento.
11. El papel del equipo multidisciplinario en el tratamiento de una persona con enfermedad mental, destacando la importancia de la familia como integrante de este círculo de apoyo.
12. Considerar redes de apoyo para el cuidador primario, que pueden ser otros familiares, amigos e incluso profesionales de la salud mental.
13. Reconocer que hay que establecer límites al paciente, en cuanto a la formación de hábitos adecuados, horarios, reglas, cuidado personal, obligaciones, derechos, entre otros; sin perder de vista que también es fundamental que el cuidador mismo, procure su vida personal.
14. Recordar:

- a. Para los pacientes se pueden dividir tareas grandes en otras pequeñas.
 - b. Se deben establecer prioridades y hacer las cosas que pueda, en la medida que pueda.
 - c. Con ayuda de los familiares y amigos pueden establecer metas realistas, las cuales deberán ser pequeñas y una a la vez.
 - d. Es importante pasar tiempo con otras personas (en grupos pequeños).
15. (Continuando con los recordatorios)
- e. El consumo de alcohol y drogas empeoran el pronóstico de la enfermedad.
 - f. Ningún tipo de terapia o grupo de apoyo sustituye el tratamiento farmacológico. Éstos funcionan más bien como complemento.
 - g. Cuando se le presiona o critica, su condición no mejora. Decirle cuando está haciendo algo bien es la mejor manera de ayudarlo.
16. Algunas recomendaciones:
- Mantenga redes de apoyo con las que pueda contar en situaciones urgentes.
 - Asegúrese de que su paciente no se quede solo en casa.
 - Aprender a escuchar a su familiar puede ayudar a detectar un nuevo episodio.
 - Identifique y busque lugares que lo conforten.
17. Dar a conocer que el paciente difícilmente aceptará sus ideas delirantes, pero insistir en que puede aceptar otros síntomas más objetivos como la irritabilidad, el insomnio, la falta de concentración o los problemas en su vida social.
18. La sobreprotección de los familiares ante un episodio limita la autonomía y capacidad funcional del paciente.
19. Mencionar un proceso de aprendizaje personalizado, que incluye ensayos para ayudar al paciente a manejar su enfermedad:
- Ayudarlo a diferenciar las distorsiones internas de las realidades exteriores.
 - Explicarle lo que son las alteraciones biológicas que se sospechan.

- Que entienda los acompañantes de la enfermedad como medicamentos y efectos colaterales.
- Lugares donde acudir en caso de crisis.

20. A manera de conclusión, insistir en que el paciente deberá adquirir conocimiento de la información sencilla y precisa que explique qué causa su problema y lo que no, para evitar falsas concepciones.

Con los beneficios que adquirió esa actividad, gracias al trabajo realizado, también recibimos comentarios favorables por parte de los familiares, algunos de ellos me pedían guardara la presentación en sus dispositivos USB o que se las enviara vía correo electrónico. Sin embargo vimos que otros más realizaban anotaciones para conservar el contenido del tema. El hecho es que escribir durante la sesión apartaba su atención hacia el ponente. Es por eso que diseñé un tríptico (anexo 5) con el resumen del tema, con el fin de reforzar la información impartida y que los familiares alcanzaran a sensibilizarse respecto a los cuidados que requieren los pacientes.

Después de esta plática se abre un espacio llamado "Reflexión de familiares" que como propósitos tiene: promover una mejora de actitud de los familiares hacia al paciente, disminuir mediante el grupo, la ansiedad que genera tener dentro de la familia un paciente con patología psiquiátrica, disminuir los índices de desapego por parte de la familia, ya que esto en gran parte propicia el abandono del tratamiento por parte del paciente. Se exhorta a los familiares a comentar su experiencia en torno a la situación con sus pacientes. Para este grupo mi asesora y yo consideramos pertinente realizar un diagrama, en el que plasmamos el proceso que atraviesan los familiares para aceptar la enfermedad mental. Rescatamos vivencias ocurridas antes y durante la hospitalización para que los oyentes se ubicaran en una etapa del proceso. También hicimos notar en el diagrama la

importancia de su vínculo con el paciente para que éste logre aceptar su enfermedad, notándolo como un gran paso para seguir el tratamiento.

En el siguiente grupo dirigido a los familiares "Visita de puertas abiertas", presenté un encuadre en el que planteaba el objetivo de la actividad, que es promover un cambio de actitud con respecto a la enfermedad mental y a las instituciones psiquiátricas. Después especificaba en qué consistía la visita, explicando a los familiares que pasarían a los pabellones a ver a sus pacientes. Hacía de su conocimiento que podrían observar las condiciones en que se encuentran las instalaciones. Les informaba también sobre los objetos permitidos y que al cabo de 20 minutos, les avisaría que tendrían que abandonar el pabellón, para después esperar a los psiquiatras para recibir informes médicos. Recibía en la entrada del pabellón a los familiares, registrándolos para, durante la visita, entregar a cada médico dicho registro. En efecto, les avisaba que tenían que salir y una vez concluida la actividad revisaba el pabellón para asegurarme de que ningún familiar permaneciera en él.

Objetivo el Informe Profesional de Servicio Social.

Se presentan los siguientes objetivos del Informe Profesional de Servicio Social:

1. Mostrar las actividades que se realizaron durante seis meses en el área de hospitalización, haciendo hincapié tanto en la adquisición de habilidades profesionales, como en el cumplimiento de los objetivos del programa y de manera personal del prestador.
2. Dar a conocer sugerencias y una propuesta de mejora para el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en el área de hospitalización continua.

La Organización Mundial de la Salud (2007) define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. De ahí el importante trabajo del personal en el hospital psiquiátrico, tanto de médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc. pues este tendría que ser el objetivo de cada servicio en la institución.

La esquizofrenia es sin duda es uno de los trastornos más comunes en el Hospital Psiquiátrico, su tratamiento se centra en la atención de toda la sintomatología, es decir los síntomas positivos y negativos. Ortuño (2010) muestra entre los más relevantes del primer grupo, los siguientes:

- ❖ Alucinaciones. Síntoma que se presenta cuando el paciente percibe cosas sin que exista un estímulo que lo provoque, de manera visual, olfativa, gustativa, táctil o auditiva. En la esquizofrenia las más comunes son las auditivas presentándose como voces de una o varias personas que pueden conversar entre sí, o incluso con el mismo paciente. En ocasiones son ofensivas hacia quien las escucha, al cuestionarles al respecto, pacientes han comentado *“dicen que no sirvo para nada, también me dicen feo, cachetón y que estoy gordo”* u *“oigo que me dicen muchas groserías, me insultan todo el tiempo y no me gusta”*. Es común que les den órdenes ante las cuales, algunos pacientes han comentado que no dudan en realizar, por ejemplo: *“me dicen que le pegue a mi mamá o que me mate, por eso me aventé al metro”*.
- ❖ Ideas delirantes. Se encuentra en el contenido del pensamiento, caracterizado por ser extraño y falso. En los pacientes con esquizofrenia, las ideas más comunes

son las de sentirse perseguidos, controlados por alguien, engañados por su pareja o creer que les fueron asignados dones para realizar una misión en beneficio de la humanidad. También se pueden identificar aquellas en las que creen que les roban el pensamiento, que alguien más puede escuchar el suyo o éstos el de otras personas, incluidas ideas en las que pueden transmitir órdenes mentalmente.

- ❖ Conducta extraña. Los pacientes pueden mostrar actitudes y apariencia extraña, son característicos los movimientos y los gestos repetitivos, muchas veces guiados por las alteraciones en la sensopercepción o en el pensamiento.
- ❖ Alteraciones en el discurso. Son la manifestación directa de la enfermedad que altera las estructuras cerebrales más evolucionadas. Es probable que un paciente con esquizofrenia exprese un discurso poco comprensible, sin lineamiento lógico de ideas.

Entre los síntomas negativos se encuentran, según Ortuño, los siguientes:

- ❖ Abulia y apatía. Es la pérdida de voluntad, del interés y, en general, de la energía precisa para llevar a cabo cualquier actividad.
- ❖ Anhedonia. Se caracteriza por la incapacidad para disfrutar de las cosas y para experimentar placer.
- ❖ Asociabilidad. El paciente evita relacionarse con los demás y tiende a aislarse. Se encierra en sí mismo y en su mundo interior.
- ❖ Pobreza del discurso. Se caracteriza por la falta de comentarios espontáneos, poca fluidez en el discurso y con poca información.
- ❖ Embotamiento afectivo. Experimentación y expresión de pocas emociones. Nula expresión facial, así como gestos que acompañan el discurso. Puede llegar a la ausencia de sentimientos.

- ❖ Falta de atención. Se manifiesta en la dificultad para mantener el foco de atención.

Todos, por el hecho de ser individuos, percibimos el mundo de manera distinta, podemos unificar muchos conceptos y los llamamos *realidad*, pero siempre partiremos de una percepción particular. Sin embargo, cuando hay alguna lesión cerebral o la presencia de un padecimiento psiquiátrico, hablando de los trastornos en la sensopercepción, no podemos considerar dentro de la norma estas diferencias.

Las ilusiones son la distorsión de un estímulo real, es decir, la sensación se capta adecuadamente y la percepción o interpretación de esa sensación es la que se altera. Se pueden encontrar ilusiones como parte del diagnóstico de algunos trastornos psiquiátricos, pero más comunes son las alucinaciones, es decir aquellas percepciones sin estímulo desencadenante, son uno de los signos de ruptura con la realidad, de hecho las alucinaciones y las ideas delirantes son los síntomas cardinales para fundamentar el diagnóstico de psicosis. Las narraciones de los pacientes sobre sus alteraciones sensoperceptivas, y sobre sus ideas irreductibles a la lógica, han resultado de gran interés.

Al hablar del quehacer del psicólogo en éste ámbito vemos a la entrevista como técnica principal, en la que se adquiere información del paciente y se indaga en cuestiones emocionales y sociales que sólo este servicio reporta. Así es vista desde tres perspectivas importantes pues se complementan y la constituyen. El primero es el del entrevistador con su actitud, la capacidad que posee, su conocimiento, etc. El segundo es el del entrevistado incluyendo la estructura de su personalidad, sus mecanismos de defensa, su historia, entre otros. Y como tercer ámbito la relación interpersonal, esta creación que incluye la interacción entre ambos, la comunicación y los fenómenos de transferencia y contratransferencia, ésta última utilizada como instrumento técnico de observación y comprensión.

El déficit cognitivo está presente incluso antes de la aparición de trastorno esquizofrénico y perdura después de que los síntomas psicóticos sean controlados mediante tratamiento farmacológico. En el siglo XXI un enfoque estrictamente sintomatológico sería considerado como totalmente insuficiente tanto por los propios pacientes, como por sus familiares y por la gran mayoría de clínicos. Incluso cuando los pacientes están asintomáticos, cualquier clínico es consciente de que el paciente presenta todavía una discapacidad muy importante. El tratamiento de la enfermedad se debería se debería dirigir a no solo a la reducción sintomatológica, sino también a la discapacidad (Gastó, 2007).

La psicoterapia de grupo comprende una serie de técnicas destinadas a ejercer una acción psicoterápica simultánea (alivio de síntomas, cambio de las relaciones interpersonales o de ciertas dinámicas específicas) sobre un grupo de individuos reunidos a tal fin. Actúan como factores terapéuticos la identificación, la universalización, la aceptación, el altruismo, la transferencia, el juicio de realidad y la exteriorización. Los grupos ofrecen un foro en el cual los temores imaginados y las distorsiones transferenciales pueden ser inmediatamente explorados y corregidos.

Dentro del abordaje de la salud mental no podemos olvidar el modelo psicoeducativo que es una propuesta interesante que involucra tanto a profesionales de la salud como a familiares en el proceso de atención al sujeto diagnosticado con un trastorno o enfermedad mental, este modelo procura insertarse como parte de una atención integral y multidisciplinaria.

El trabajo con grupos en este sector se centra en los problemas, es un trabajo activo y está orientado a objetivos. La tarea del profesional es definir un marco conceptual general que permita la flexibilidad pues realmente se tratan con grupos desorganizados y con dificultades para la atención por las características de la población. Sin embargo se busca

la adquisición de habilidades, se les enseñan conceptos y se les proporciona información relacionada con la Psicología que les dote de herramientas para enfrentar la enfermedad mental con el ideal de aceptarlo y aprender a vivir con ella.

Los trabajos de intervención en grupos para pacientes psiquiátricos están encaminados a aquellos que forman parte del servicio de consulta externa o algún hospital parcial. Por ejemplo "Impacto del modelo de terapia de grupo en la disminución de internamientos y días de estancia hospitalaria en pacientes con trastorno límite de la personalidad" (Vera, 2014) concluye que la terapia de grupo que se brinda en el hospital a los pacientes con este padecimiento es una excelente opción en cuanto al costo beneficio por la reducción en el número de internamientos y la duración de los mismos.

Resultados obtenidos

Tomando en cuenta tres puntos importantes: 1) la alta demanda del hospital 2) las características del contexto planteado y 3) el personal de psicología en el área de hospitalización (la psicóloga adscrita y yo) resultó determinante para el servicio la búsqueda de técnicas que siguieran objetivos realistas y oportunos. En la tabla 1 muestro la frecuencia en que se realicé las actividades, indicando también la duración de cada una. La lista de pacientes hospitalizados durante los seis meses en que realicé el servicio social se muestra en el anexo 6, cada uno identificado con las iniciales de su nombre, número de expediente, edad y diagnóstico de ingreso, se puede distinguir a aquellos con quienes se trabajó en cada actividad.

Actividad	Frecuencia	Duración
Entrevistas	Aprox. una al día	40 minutos aprox.
Notas de evolución	Aprox. una al día	20 minutos aprox.
Reportes psicológicos	Aprox. tres al mes	4 días aprox.
Psicoterapia de grupo	Dos por semana	1 hora
Asamblea de pacientes	Una por semana	1 hora
Grupo de orientación a pacientes	Una por semana	1 hora
Grupo de estimulación cognoscitiva	Una por semana	1 hora
Presentación de "Regreso a casa"	Una por mes	1 hora, 30 min.
Grupo de reflexión	Dos por mes	1 hora, 30 min.
Visita de puertas abiertas	Una por semana	20 minutos

Tabla 1. Frecuencia y duración de las actividades realizadas en el Servicio Social.

Durante las sesiones grupales de orientación y estimulación, observé que la mayoría de los pacientes mantenían la atención toda la sesión, especialmente con el uso de material atractivo. Decidí utilizar siempre este tipo de motivación, un punto fundamental para lograr una participación activa, lo cual facilitó la expresión de aportaciones apropiadas, así se realizaron diversos materiales manteniendo un enfoque profesional en la búsqueda de los objetivos planteados de cada grupo. Observé que al presentar material atractivo, la actividad es más significativa y dinámica, los pacientes se mantenían atentos, cooperadores y al finalizar realizaban comentarios positivos de la sesión. Obtuve resultados positivos cuando la actividad requería esfuerzo de los pacientes en cuanto a concentración, atención, planeación y memoria. Realicé así el grupo de estimulación cognoscitiva y la asistencia a éste incrementó, así como disminuyó la deserción durante la sesión, pues entre ellos se animan para asistir y permanecer cooperadores.

Con apoyo de la coordinación de las diferentes sesiones pude dar cuenta de algunas necesidades de los pacientes hospitalizados, de manera especial la de comprender su enfermedad. Al recibir información general acerca de los síntomas de la enfermedad mental, algunos pacientes lograron identificar y aceptarlos. Cuando les hablaba de los efectos secundarios que provocan los medicamentos, hubo quienes los diferenciaron de los síntomas y al escuchar las ventajas de los fármacos, aceptaban el tratamiento. En repetidas ocasiones, pacientes me comentaron que asistir a las sesiones grupales, les ayudaba a conocer sus síntomas, permitiéndoles saber para qué se toman el medicamento, así como tener paciencia para no desesperar con los efectos secundarios. Habiendo identificado esto, algunos reconocían que la suspensión del tratamiento farmacológico, trajo consigo la recaída que provocó su hospitalización. De esta manera reflexionaban acerca de los beneficios de mantenerse sin síntomas, entre los cuales identificaban: mejor interacción con sus familiares y mayor desempeño en sus trabajos,

llegando a la conclusión de que apearse al tratamiento farmacológico y a la constante información sobre su enfermedad, les ayudaría a mantener una mejor calidad de vida.

La presentación ante los familiares del tema “Regreso a casa”, con apoyo de material nuevo creado para mantener la atención de los asistentes y mejorar la retención de información, funcionó para lograr los objetivos de la actividad, como proporcionar información útil y eficaz sobre: 1) qué hacer cuando el paciente fuera dado de alta de hospitalización continua, tomando en cuenta los cuidados que deben tener y otras recomendaciones; 2) cómo prevenir una recaída, considerando los factores que favorecían a que aparezca y otros que disminuyen el riesgo de presentarla; 3) estrategias para el seguimiento del tratamiento; y 4) búsqueda de apoyo para los cuidadores primarios. Se mantuvo el interés de los familiares y se fomentó la participación en el “Grupo de reflexión”, así como la constancia de dudas importantes para la recuperación del paciente dado de alta. También se repartió a los familiares un resumen de la conferencia en un tríptico con el que, de igual manera se obtuvieron agradecimientos, recibí críticas positivas por parte de los asistentes, así como mayor atención. De manera importante, noté interés por parte de los familiares para continuar con el ciclo de conferencias, así como de informarse sobre la enfermedad mental e inquietud por externar cuestiones personales que en ocasiones, eran comentadas entre diferentes familias.

Recomendaciones y sugerencias

El abordaje de la salud mental le corresponde a un grupo multidisciplinario, que sin duda tiene cabida en este hospital psiquiátrico, y como parte del equipo se encuentran los psicólogos realizando según mi percepción una gran labor tanto con las personas que padecen un trastorno mental como con los familiares, siendo éstos de gran importancia en el seguimiento del tratamiento farmacológico y en general en la vida del paciente, interviniendo con ellos grupal e individualmente. Sin embargo durante la prestación del servicio social noté que particularmente en las sesiones grupales no se cumplen los objetivos en su totalidad.

La condición psicótica en que se encuentran los pacientes dificulta cada sesión así como la somnolencia secundaria a la toma del medicamento que presentan algunos de ellos. Gran cantidad de pacientes tienen el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, con regularidad también ingresa el Trastorno bipolar con síntomas psicóticos y el Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples sustancias, esto implica notables alucinaciones, ideas delirantes, disgregación en el discurso y graves errores de conducta, síntomas que imposibilitan su comprensión y participación adecuada dentro de los grupos. No solamente por lo anterior pues es fundamental elegir a los pacientes que se integrarán a la sesión, pero no es posible evitar que ocurran incidentes que favorezcan la distracción, tomando en cuenta que el espacio donde se llevan a cabo las sesiones está al acceso de todos los pacientes.

El tiempo de hospitalización es un factor determinante, la dura aproximadamente tres semanas y, tomando en cuenta que el medicamento los mantiene indispuestos aproximadamente una semana, la oportunidad que tuve para comentar con ellos cuestiones importantes sobre su padecimiento se limitaba a diez sesiones aproximadamente divididas entre los diferentes grupos.

Es notable la disminución de síntomas en los últimos días de estancia. A pesar ello, la mayor parte del tiempo se manifiestan en su máxima expresión y al trabajar con pacientes con una gran diversidad de diagnósticos, creo importante implementar medidas para que se cumplan objetivos realistas a corto plazo. De esta manera considero se debe insistir en el fortalecimiento de contenidos realmente útiles para los pacientes, que ayuden a que el paciente se responsabilice sobre su enfermedad al terminar su hospitalización.

La propuesta es llevar a cabo sesiones grupales de una hora cada una con los pacientes hospitalizados, de lunes a viernes en el área de hospitalización. Las sesiones tendrán como objetivo general sensibilizar a los pacientes sobre su enfermedad mental y la importancia de seguir un tratamiento farmacológico y de asistir a las citas de seguimiento en el área de consulta externa. Se trata de tres grupos diferentes: orientación a pacientes, dinámica psicoeducativa y sensibilización.

ORIENTACIÓN A PACIENTES

Objetivo: Proporcionar información precisa a los pacientes sobre su padecimiento, exponiendo temas como síntomas de la enfermedad mental, efectos secundarios de los medicamentos, adicciones, entre otros. El coordinador considerará los temas pertinentes para los pacientes hospitalizados, en los cuales tendrá que insistir en: la importancia del conocimiento de la información, y de la comunicación con el médico psiquiatra; la identificación de síntomas; y la relación de éstos con los medicamentos para el control de la enfermedad mental.

Horario: Realizar el grupo los días lunes, martes y jueves, de 9:00 a 10:00 hrs.

Procedimiento:

- Identificar el tema que se presentará a los pacientes según las condiciones observadas.
- Preparar material visualmente atractivo en el que se note claramente la información relevante.
- Integrar a aproximadamente 20 pacientes hospitalizados en un cubículo, mostrando calidez y profesionalismo.
- Dar un encuadre a la sesión en el que se explique el tema a tratar y la importancia de tener conocimiento de esta información. Coordinar una presentación.
- Exponer el tema y resolver dudas.
- Realizar el cierre de la sesión, aceptando comentarios finales de los pacientes.

DINÁMICA PSICOEDUCATIVA

Objetivo: Realizar actividades específicas en las que se estimulen la atención, la memoria y la concentración de los pacientes, así como la comprensión de los temas vistos en los grupos de orientación, dándole el seguimiento posible al aprendizaje obtenido.

Horario: Realizar el grupo el día miércoles, de 9:00 a 10:00 hrs.

Procedimiento:

- Preparar material visualmente atractivo para la actividad a realizar. Tomar en cuenta ejercicios prácticos en los que se rescate la información de las sesiones anteriores.
- Integrar a aproximadamente 20 pacientes hospitalizados en un cubículo, mostrando calidez y profesionalismo.
- Coordinar una presentación.

- Dar un encuadre a la sesión, marcar reglas y límites para tener control del grupo. Mencionar las instrucciones a los pacientes señalando la lámina que se utilizará en el ejercicio, mostrar un ejemplo.
- Realizar la actividad motivando a los pacientes a que trabajen en equipo para lograr la tarea.
- Realizar el cierre de la sesión, aceptando comentarios finales de los pacientes.

SENSIBILIZACIÓN

Objetivo: Mediante el diálogo con los pacientes, retomar los aprendizajes obtenidos en las sesiones anteriores para concientizarlos acerca de su enfermedad mental. Destacar la mejoría de los pacientes haciendo hincapié en la importancia de seguir un tratamiento farmacológico para controlar los síntomas. Proporcionar información útil y concisa para prevenir una recaída.

Horario: Realizar los días viernes, de 9:00 a 10: hrs.

Procedimiento:

- Integrar en un cubículo a los pacientes hospitalizados que se encuentran en mejores condiciones clínicas, mostrando calidez y profesionalismo.
- Coordinar una presentación.
- Dar un encuadre a la sesión en el que se explique los objetivos del grupo.
- Escuchar los testimonios de los pacientes haciendo hincapié en la mejoría observada, en la disminución de síntomas y a la relación de esto con la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Realizar el cierre de la sesión, aceptando comentarios finales de los pacientes.

El grupo "Asamblea de pacientes" me parece fundamental para ofrecer calidad en el servicio a los pacientes, de manera que sugiero se realice de la siguiente manera:

ASAMBLEA DE PACIENTES

Objetivo: Escuchar de los pacientes sus comentarios, quejas y sugerencias en torno al servicio que se les proporciona en el hospital, así como la atención que reciben por parte de todo el personal.

Horario: Realizar el grupo los días viernes, de 12:00 a 13:00 hrs.

Coordinador: Psicólogo adscrito.

Personal asistente: Jefe de piso y personal de enfermería.

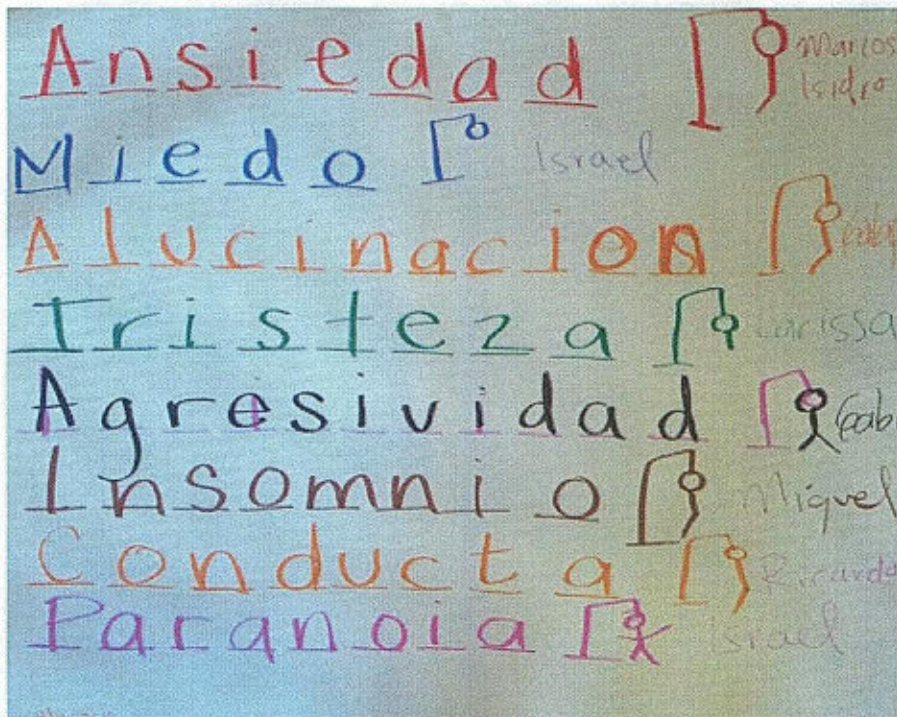
Procedimiento:

- Reunir a los pacientes hospitalizados en un cubículo, mostrando calidez y profesionalismo.
- Coordinar una presentación.
- Dar un encuadre a la sesión en el que se explique el objetivo, anunciando que darán a conocer sus comentarios acerca de: la alimentación, las instalaciones, el área de jardín, la relación con el personal y la relación entre pacientes.
- Aceptar los comentarios de los pacientes, dando a conocer las condiciones y limitaciones de la institución.
- Realizar el cierre de la sesión, aceptando comentarios finales de los pacientes.
- Entre el personal asistente, elaborar un registro de la actividad y proporcionarlo a las autoridades correspondientes.

Referencias

- Bellak, L. & Siegel H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno. pp. 16-42.
- Buckley, P, Mackinnon, R. & Michels, R. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. España: Ars Medica. pp. 3-72.
- Gastó, C. (2007). *Esquizofrenia y Trastornos afectivos. Avances en el diagnóstico y la terapéutica*. España: Editorial médica Panamericana. pp. 10-77.
- Ibarreche, J. (2010). *Semiología psiquiátrica*. México: Intersistemas. pp. 25-35.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones en Psiquiatría*. España: Editorial médica panamericana.
- Sitio web oficial de la Secretaría de Salud Federal. Disponible en <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez.aspx>. Consultado el 20 de agosto de 2016.
- Sistema de Información Automatizada de Servicio Social. Disponible en <https://www.siaas.unam.mx/consulta/16531>. Consultado el 26 de agosto de 2016.
- Sitio web oficial del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Disponible en <http://www.fraybernardinoalvarez.org/hospital.html>. Consultado el 10 de septiembre de 2016.
- Vera, P. (2014). *Impacto del modelo de Terapia de grupo en la disminución de internamientos y días de estancia hospitalaria en pacientes con trastorno límite de la personalidad* (tesis de especialidad en psiquiatría). UNAM. Facultad de Medicina. pp. 62-64.

Anexo 1



Anexo 2





REGRESO A CASA



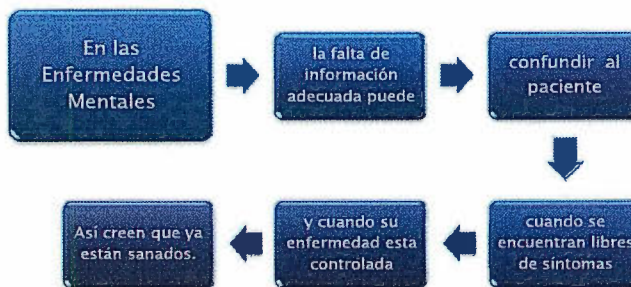
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
Psic. Lic. Araceli Moreno Gómez
Pas. de Psic. Mónica Larissa Gardiel Puentes

¿Cómo ayudar al paciente a seguir el tratamiento cuando es dado de alta?

Es muy probable que los síntomas del paciente regresen cuando:

- 1) Dejan de tomar los medicamentos
- 2) Dejan de acudir a las visitas de seguimiento

Es peligroso porque pueden llegar a perder la capacidad de cuidarse a sí mismos.





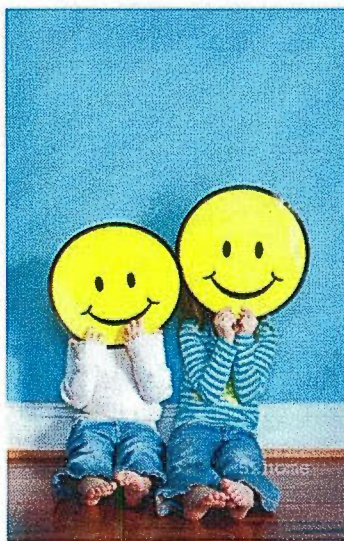
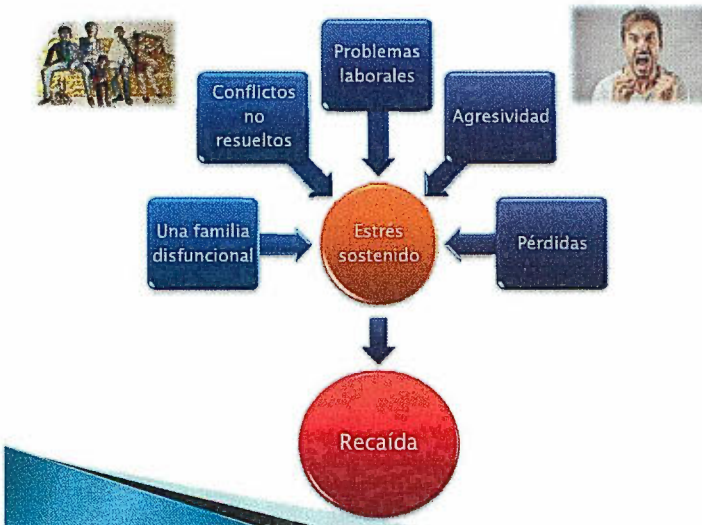
Imaginemos...

A un paciente que presenta alucinaciones auditivas y se le receta un medicamento que le produce somnolencia ¿qué preferiría usted...



Aprender a reconocer los síntomas tempranos de la recaída y tratarlos de una forma rápida, puede evitar el paso a un episodio completo y sus consecuencias:

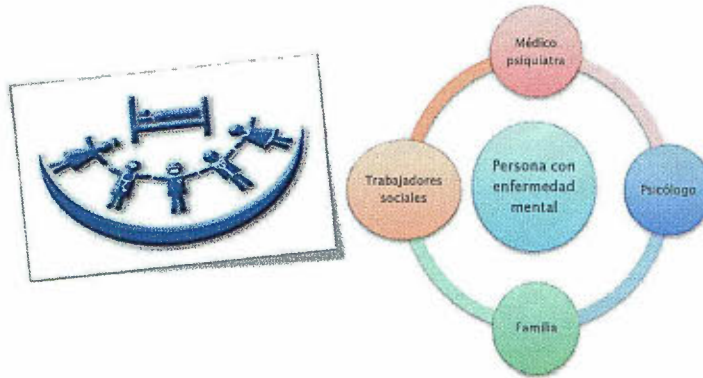
Disminución de la necesidad de dormir	Nivel de actividad	Irritabilidad, discusiones constantes, intolerancia	Cambios de estado de ánimo	Descuido de la higiene
---------------------------------------	--------------------	---	----------------------------	------------------------



IMPORTANTE

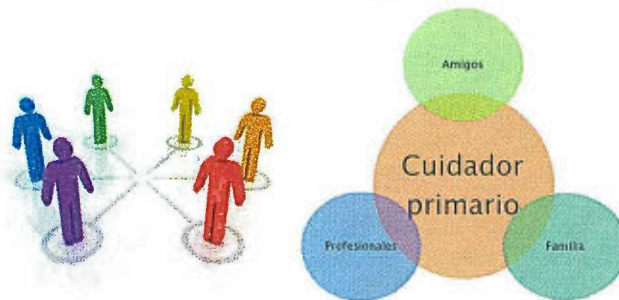
**Recuerde:
¡No es su culpa!**

Más allá de los estudios genéticos, no existe ningún trabajo experimental que demuestre, que la actitud de la familia sea un factor determinante en la etiología de la Enfermedad Mental.



Salud mental

Redes de apoyo



¿Con qué red de apoyo cuento?

Considerar el tiempo y el lugar donde se encuentre

Límites...



Recordar que...

Se pueden dividir tareas grandes en tareas pequeñas, establecer prioridades y hacer las cosas que pueda, en la medida que pueda.



Con ayuda de los familiares y amigos pueden establecer metas realistas, las cuales deberán ser pequeñas y una a la vez.

Pasar tiempo con otras personas (grupos pequeños).



El consumo de alcohol y drogas empeoran el pronóstico de la enfermedad.



Ningún tipo de terapia o grupo de apoyo sustituye el tratamiento farmacológico. Éstos funcionan más bien como complemento.

Cuando se le presiona o critica, su condición no mejora. Decirle cuando está haciendo algo bien es la mejor manera de ayudarlo.



Algunas recomendaciones...

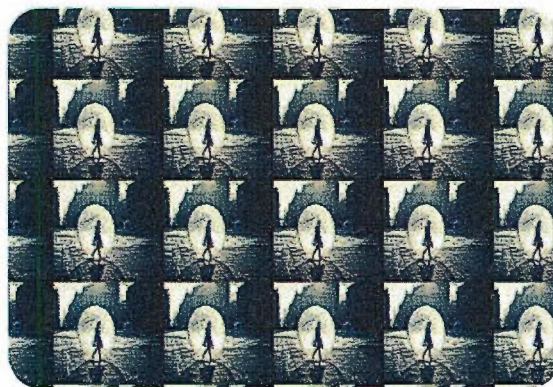
- ❖ Mantenga redes de apoyo con las que pueda contar en situaciones urgentes.
- ❖ Asegúrese de que su paciente no se quede solo en casa.
- ❖ Aprender a escuchar a su familiar puede ayudar a detectar un nuevo episodio.
- ❖ Identifique y busque lugares que lo conforten.



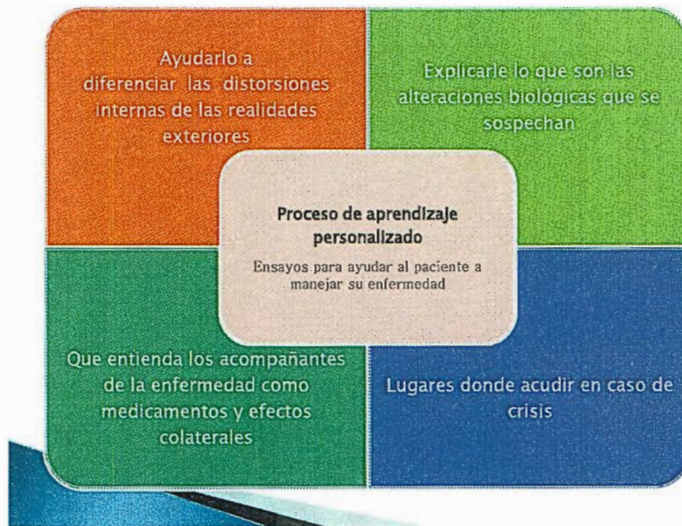
Terapia de diálogo

El paciente puede no aceptar la ayuda para sus delirios, pero es posible que la acepte para su:

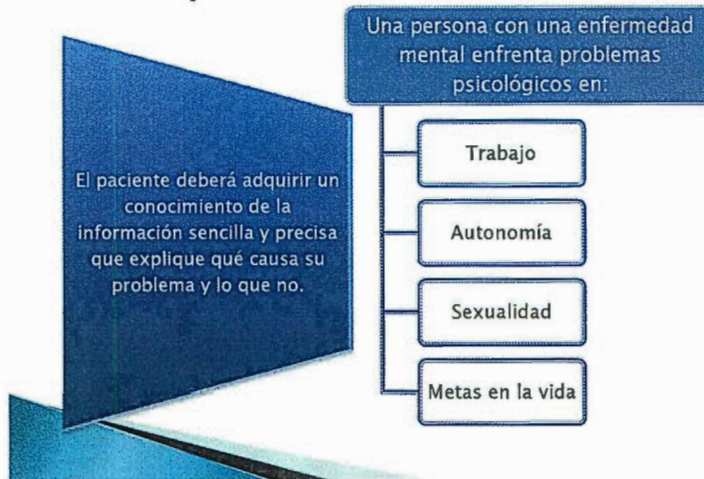
- Irritabilidad
- Insomnio
- Falta de concentración
- Problemas de su vida social o trabajo.



La sobreprotección de los familiares ante un episodio limita la autonomía y capacidad funcional del paciente.



Concluyendo...



GRACIAS POR SU ATENCIÓN



REGRESO A CASA

Pueden regresar los síntomas si...

- 1. Dejan de tomar los medicamentos.
- 2. Dejan de acudir a las visitas de seguimiento.

En las enfermedades mentales, la falta de información adecuada puede confundir al paciente cuando se encuentran libres de síntomas y cuando su enfermedad está controlada. Pueden creer que han sido curados.

El control de la EM no es cuestión de voluntad



- Es fundamental conocer:
- Los síntomas de la EM.
 - Los medicamentos que la controlan.
 - Los efectos colaterales que se pueden presentar con éstos.



EL MEDICAMENTO CONTROLA LOS SÍNTOMAS

Aprender a reconocer los síntomas tempranos de la recaída y tratarlos de una forma rápida evita el paso a un episodio completo y sus consecuencias:

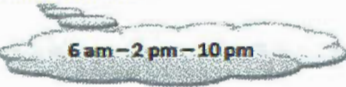
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Irritabilidad.
- Descuido de la higiene.

Factores que influyen para que se acumule el estrés:

- Una familia disfuncional
- Conflictos no resueltos
- Problemas laborales
- Agresividad
- Pérdidas



Disminuyen el riesgo de recaída. Los hábitos de sueño, de alimentos y de actividades, la regularidad y el orden en la toma correcta de medicamentos



Hay cosas que el paciente necesita y debe hacer para su bienestar

Recordar que...

- ✓ Se pueden dividir tareas grandes en tareas pequeñas, establecer prioridades y hacer las cosas que pueda, en la medida que pueda.
- ✓ Con ayuda de los familiares y amigos pueden establecer metas realistas, las cuales deberán ser pequeñas y una a la vez.
- ✓ Pasar el tiempo con otras personas.
- ✓ El consumo de alcohol y drogas empeoran el pronóstico de la enfermedad.
- ✓ Ningún tipo de terapia o grupo de apoyo sustituye el tratamiento farmacológico. Éstos funcionan más bien como complemento.
- ✓ Cuando se le presiona o critica, su condición no mejora. Decirle cuando está haciendo algo bien es la mejor manera de ayudarlo.

Aprender a escuchar a su familiar puede ayudar a detectar un nuevo episodio.

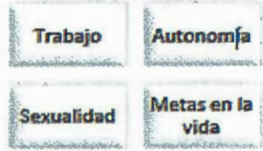
Terapia de diálogo

El paciente puede no aceptar la ayuda para sus delirios, pero es posible que la acepte para su:

- * Irritabilidad
- * Insomnio
- * Falta de concentración
- * Problemas de su vida social o trabajo.

La sobreprotección de los familiares ante un episodio limita la autonomía y capacidad funcional del paciente.

Una persona con una enfermedad mental enfrenta problemas psicológicos en:



Redes de apoyo

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Situación _____



El Hospital Psiquiátrico ofrece atención de los trastornos emocionales, así como su prevención y rehabilitación psicosocial, para pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios.

Brinda los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Hospitalización
- Hospital parcial
- Urgencias
- Laboratorio clínico
- Imagenología

Así, al ser dado de alta su paciente puede continuar con tratamiento farmacológico y usted con él o ella, con orientación integral.

También se realizan intervenciones tanto grupales como individuales. Para mayores informes acercarse al departamento de Trabajo Social.



DIRECTORIO

DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL

DR. HORACIO REZA GARDUÑO TREVIÑO
SUBDIRECTOR DE HOSPITALIZACIÓN

DR. DIEGO LARIOS VILLANUEVA
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

INFORMES

LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00 HRS.

CALLE NIÑO JESÚS NO. 2

ZONA DE HOSPITALES, TLALPAN, CP. 14000

5573 1550 / 5573 1500

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

REGRESO A CASA



PSICOLOGÍA 4º PISO
AÑO 2015

Agosto 2015								
No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	J. E. S.	162 536	23	F06.2				
2	H. E. H.	147 863	26	F20.0	X	X		X
3	J. R. R. A.	156 320	35	F31.2	X	X		X
4	I. J. R. C.	162 470	18	F19.5				X
5	F. G. C.	162 519	49	F20.0				
6	B. J. H. O.	149 139	22	F19.5	X	X		X
7	P. G. M.	140 668	46	F20.0	X	X		X
8	C. A. T.	162 378	33	F20.0				
9	L. A. N.	162 472	22	F20.0	X	X		X
10	J. L. Y. R.	158 328	24	F20.0	X	X		
11	B. N. G.	151 231	34	F20.0	X	X		X
12	A. A. G.	146 330	40	F20.3				
13	E. S. M.	162 445	34	F31.2	X	X		X
14	R. S. C.	162 493	36	F31.2	X	X		X
15	J. A. C. I.	162 829	31	F20.0	X	X		X
16	G. L. B.	162 248		F20.0				X
17	M. A. V.	140 859	32	F20.3				X
18	J. L. R.	162 464	53					
19	P. M. T.	162 549	21	F20.0	X	X		X
20	F. R. G.	126 034	41	F20.0				
21	A. G. G. M.	159 701	22	F20.0				X
22	A. R. D.	151 012	50	F20.3				
23	R. A. P.	132 220	40	F20.0				
24	R. N. S.	162 605	31	F19.5				X
25	J. E. S. R.	162 536	23	F07				
26	J. R. A.	156 320	35	F31.2	X	X		X
27	I. J. R. C.	162 470	18	F19.5 F20.0		X		X
28	F. G. C.	162 519	42	F20.0				X
29	B. J. H. O.	149 139	22	F06.3	X	X	X	X
30	J. L. H. A.	156 656	35	F06.3				
31	P. G. M.	140 668	49	F20.0	X	X		X
32	L. A. N. G.	162 472	22	F20.0				X
33	J. L. R.	162 464	53	F06.32				
34	H. T. E.	162 428	23	F19.5 F20.0				X
35	G. S. S.	142 380	43	F20.0	X	X	X	X
36	C. A. N.	162 414	25		X	X		X
37	H. E. H.	147 863	26	F20.0	X	X		X
38	A. P. S.	147 972	27	F25.0				

Septiembre 2015

No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	P. A. R. S.	160 050	24	F20.0	X	X		X
2	M. N. A.	162 474	48	F20.0	X	X		X
3	W. D. G. R.	156 179	22	F19.5				X
4	F. G. C.	162 519	49	F20.0				X
5	D. H. G.	153 866	22	F19.5				
6	E. R. A.	157 704	20	F20.3	X	X		X
7	I. H. T.	158 645	19	F19.5	X	X		
8	C. A. T.	162 378	33	F20.0				X
9	B. J. E. H.	162 699	35	F06.2				
10	L. A. V.	134 958	30	F20.0	X	X		
11	J. A. R. M.	158 460	20	F20.0				X
12	E. R. G. I.	162 725	17	F19.5				X
13	C. S. J. Q.	153 018	21	F20.0	X	X		X
14	R. A. D.	162 732	56	F20.0				X
15	I. G. C. G.	161 969	46	F20.0				X
16	A. R. G.	162 730	58	F06.2				
17	P. B. G.	162 780	17	F19.5	X	X	X	X
18	R. A. P.	132 220	40	F20.0	X	X		X
19	F. E. S.	150 350	23	F06.2 F70				
20	J. A. C. I.	152 829	40	F20.0	X	X		X
21	O. D. H. G.	160 121	28	F06.2				
22	A. R. D.	159 053	50	F20.3	X	X		X
23	J. M. R.	124 863	57	F31.2	X	X		X
24	E. P. P.	129 050	47	F32.3				X
25	G. R. M.	157 066	44	F20.0	X	X		X
26	D. H. G.	153 866	22	F31.2	X	X		X
27	A. F. P.	162 808	57	F23.1		X		
28	J. A. C. P.	162 778	18	F31.1	X	X		X
29	R. E. R. N.	148 777	31	F20.0	X	X		X
30	C. A. E.	151 344	31	F20.0	X	X		X
31	F. C. M.	162 796	31	F32.2	X	X		X
32	F. A. P. H.	158 739	24	F20.0				
33	G. A. G. C.	162 867	51	F30.0	X	X		X
34	J. M. B. G.	157 342	34	F20.0				
35	A. E. M. P.	155 960	25	F19.5	X	X		X
36	J. M. L. O.	162 890	29	F19.5	X	X		X
37	M. G. S.	160 691	40	F19.5				
38	R. D. H. O.	162 892	22	F30.2				X

39	J. E. R. A.	162 895	26	F20.0			
40	M. A. M. H.	162 876	19	F20.0			X
41	L. F. J. L.	141 150	31	F19.5	X	X	
42	C. E. G. L.	162 932	31	F19.5	X	X	
43	J. E. A. G.	154 110	25	F20.0	X	X	X

Octubre 2015

No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	G. C. T.	162 987	19	F31.1	X	X		X
2	J. C. A. L.	106 319	43	F20.0	X	X		X
3	F. J. M. V.	162 985	32	F20.0	X	X		
4	H. E. R. M.	162 998	19	F32.1	X	X	X	X
5	C. A. G. B.	159 912	33	F32.2	X	X		
				F70				
6	R. R. R.	158 328	18	F06.2				X
7	J. M. R. L.	163 018	26	F19.5	X	X		X
8	A. L. M.	163 039	30	F20.0	X			X
9	O. C. F.	162 999	33	F20.0				X
10	J. C. C. B.	158 243	22	F19.5				X
				F70				
11	L. R. L.	163 075	35	F19.5	X	X		X
12	A. H. M.	160 892	31	F70				X
13	J. C. M. E.	163 059	25	F32.2	X	X		X
14	V. A. B.	163 086	54	F19.5	X	X		X
15	J. C. E.	163 061	42	F31.2	X	X		X
16	V. M. C.	163 096	19	F20.0	X	X		X
	M.							
17	A. G. G.	163 099	43	F20.0	X	X		X
18	A. G. M. R.	162 866	22	F19.5	X			X
19	D. O. Z.	163 150	33	F20.0				X
20	A. F. DLP.	136 988	29	F20.0	X	X		X
	A.							
21	A. R. C.	161 151	18	F19.5				X
22	J. M. C. L.	161 339	47	F20.0				X
23	R. D. R.	163 176	21	F20.0	X	X		
24	M. L. H.	153 023	26	F20.3				
25	M. P. C.	136 636	28	F20.3				X
26	M. G. T. A.	163 190	25	F70				X
27	A. J. S. B.	163 187	18	F20.3		X		X
28	I. P. B.	163 191	53	F20.0	X	X		X

29	U. E. V.	162 230	32	F20.0				X
30	A. M. G.	163 199	45	F20.0				X
31	O. N. B. P.	150 363	30	F20.0	X	X		X
32	M. A. H. I.	155 389	23	F20.3	X	X		
33	J. R. M.	163 213	29	F32.3	X	X	X	X
34	M. U. C. L.	163 251	26	F19.5	X	X		X
35	A. F. F. F.	77 411	51	F06.2	X	X		X
36	A. O. C. G.	153 677	26	F19.5	X	X	X	X
37	S. A. B. E.	163 261	51	F20.0	X	X	X	X
38	C. A. A. N.	138 249	28	F20.0				X
39	G. A. G. C.	159 954	21	F20.3	X			

Noviembre 2015

No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	R. F. A.	113 727	58	F20.0				X
2	S. C. S.	163 311	43	F20.0				X
3	I. V. C.	160 566	23	F20.0	X	X		X
4	J. A. M. B.	163 354	38	F20.0	X	X		X
5	A. S. G.	-	33	F20.3				X
6	J. S. F. P.	-	30	F20.0	X	X		X
7	J. H. R. C.	162 420	47	F32				X
8	E. G. G. T.	151 451	45	F19.5	X	X		X
9	V. H. G. H.	163 372	19	F19.5	X	X		X
10	A. F. R.	163 328	18	F70	X	X		X
11	G. A. L.	132 142	34	F20.0	X	X		X
12	A. S. M.	163 386	25	F32.2	X	X		
13	G. A. H.	163 388	34	F25		X		
14	G. L. G. F.	103 377	55	F32.2		X		
15	Y. S. R.	163 380	20	F20.0	X	X		X
16	J. N. T.	127 282	42	F20.0	X	X		X
17	G. F. O. C.	163 438	18	-	X	X		X
18	C. A. C.	121 094	30	F20.3	X			
19	J. C. C.	163 443	53	F10.5	X	X		X
20	M. I. C.	160 543	38	F20.0	X	X		X
21	G. F. O.	146 923	26	F20.0	X	X		X
				F19.5				
22	S. B. M.	118 302	47	F32.2				X
23	H. G. R.	163 478	43	F19.5	X	X		X
24	I. J. M. C.	163 482	24	F20.0				X

25	A. A. D. P.	141 214	30	F20.0	X	X		X
26	J. A. A. S. F.	150 656	24	F20.0 F70		X		X
27	A. A. R.	163 495	24	F20.0	X			
28	F. J. C. A.	117 167	34	F20.0		X		
29	C. M. V. P.	124 314	-	F32.2		X		
30	M. M. E. R.	160 328	51	F30				X
31	S. S. S.	163 515	22	F20.3	X	X		
32	U. I. L. M.	163 476	22	F19.5				X
33	B. R. D.	163 597	32	F20.0	X	X	X	X
34	J. C. I. R.	163 547	28	F19.5	X	X		X
35	J. L. S. G.	161 590	43	F19.5				X
36	X. H. H.	163 549	34	F20.0	X	X		X

Diciembre 2015

No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	L. R. L.	163 549	54	F32.2		X		
2	O. L. B.	163 544	24	F20.0	X	X		X
3	M. F. B. O.	150 422	35	F32.2	X	X		X
4	R. G. C.	163 577	38	F32.3		X		
5	J. S. N.	163 596	40	-		X		
6	E. A. A. O.	163 601	32	F32.2	X	X	X	X
7	J. A. M. B.	134 557	38	F19.5	X	X		X
8	A. M. G.	147 992	50	F20.0	X	X		
9	J. C. C. M.	163 564	33	F32.2 F19.5		X		X
10	I. M. O.	163 603	23	F19.5	X	X		X
11	E. H. G.	163 605	20	F06.2		X		
12	M. M. F.	147 363	27	F20.3	X	X		
13	J. J. P. Z.	163 604	22	F19.5	X	X		
14	E. F. L.	138 180	38	F20.0				X
15	C. V. M.	163 633	32	F70		X		
16	P. S. M.	81 183	51	F20.0				X
17	C. A. G. R.	161 166	19	F19.5	X	X		X
18	A. H. C. S.	163 641	43	F06.2		X		
19	L. V. L.	163 643	25	F19.5	X	X		X
20	D. M. L.	163 673	36	F20.0	X	X		X
21	J. L. A. G.	163 666	21	-				X
22	H. N. C. C.	163 686	51	F20.0	X	X		X

23	I. V. G.	163 426	22	F20.0	X	X		
24	F. M. R.	117 574	34	F20.0	X	X		
25	J. G. A. C.	163 015	19	F20.0	X	X		X
26	E. D. M.	163 678	23	F19.5	X	X		X
27	J. A. S. R.	133 829	42	F20.3			X	
28	M. A. M.	128 844	40	F20.0	X	X		X
29	M. M. R.	161 109	29	F19.5	X	X		X
30	A. H. O.	155 683	50	F20.0	X	X		X
31	M. A. C. V.	160 485	21	F20.0	X	X		X
32	J. R. D. O.	163 746	27	F19.5	X	X		X
33	O. E. R. M.	163 733	39	F20.0				X
34	M. L. M.	120 393	38	F20.0				X
35	A. G. C.	163 764	37	F20.0				X
36	I. Z. R.	165 814	25	F19.5	X	X		X
37	J. H. T. B.	146 482	47	F70			X	
38	J. A. E. G.	163 767	28	F20.0	X	X	X	X
39	O. V. G.	163 756	23	F19.5	X	X		X
40	R. S. R.	163 779	59	F19.5	X	X		X
41	J. M. R.	163 213	29	F32.2	X	X		X

Enero 2016

No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	A. G. R. B.	163 801	43	-				X
2	F. R. O. M.	163 824	31	F20.0	X	X		X
3	H. V. F.	152 837	27	F20.0	X	X		
4	E. P. P.	129 050	47	F32.1	X	X		X
5	I. A. N.	163 850	33	F20.0	X	X		X
6	M. G. H.	135 725	28	F19.5				X
7	L. A. D. P.	163 829	26	-				X
8	G. F. L.	116 891	44	F20.0		X		
9	C. M. V. P.	124 514	41	F25	X	X		
10	I. J. M. C.	163 482	24	F19.5				X
11	E. P. B. P.	163 864	27	F19.5		X		
12	S. O. R. S.	153 366	28	F19.5	X	X		
				F70				
13	L. A. A. R.	163 898	18	F19.5	X	X		X
14	J. M. A.	161 321	33	F20.3				X
15	R. I. R.	141 273	26	F20.3				X
16	J. A. M. H.	163 905	20	F20.0	X	X	X	X

17	J. R. G.	144 569	26	F19.5	X	X		X
18	O. Q. V.	104 976	38	F20.0		X		X
19	J. R. G. F.	163 931	25	F19.5				X
20	N. M. M.	163 947	50	F20.0				X
21	R. A. R.	103 488	51	F20.3		X		
22	A. A. B. D	161 754	19	F19.5				X
23	J. M. R. A.	163 979	44	F20.0	X	X		
24	M. A. G.	163 980	36	F20.0	X	X		X
25	I. T. O.	163 989	22	F10.5	X	X		X
26	J. M. H. L.	163 992	44	F20.0	X	X		X
27	D. A. R. A.	163 984	27	F33.2				X
28	M. A. M. D.	157 905	59	F20.0				X
29	I. A. B. A.	163 998	27	-		X		
30	R. D. R.	153 752	43	F20.0	X	X	X	X
31	D. A. R. C.	163 627	27	F06.3		X		
32	J. R. H. P.	164 011	38	F19.5				X
33	J. R. E. G.	105 431	40	F70		X		
34	R. A. S. P.	161 171	25	F19.5		X		X
35	J. M. V. T.	164 047	51	F32.3		X		

Febrero 2016

No.	Nombre	Expediente	Edad	Dx.	Entrevista	Nota en exp.	Estudio psic.	Sesiones grupales
1	I. A. H.	164 052	36	-	X	X	X	X
2	A. H. A.	144 231	28	F20.0	X	X		X
3	J. A. R. G.	104 784	39	F70		X		X