



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

- APOYO TERAPEUTICO BASADO EN CINE DEBATE EN
PACIENTES DEPRESIVOS EN UN HOSPITAL
PARCIAL/HOSPITAL DE DIA

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIGORIA LÓPEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA:

MTRA. MARIA DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ

COMITÉ ACADÉMICO:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES MATA MENDOZA

DR. OMAR TORREBLANCA NAVARRO

SINODALES:

DR. JOSÉ FRANCISCO FERNÁNDEZ DÍAZ

MTRA. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

MEXICO D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA
OCTUBRE DE 2013





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.

DEDICATORIA

A MIS PADRES.

Que admiro por su amor y comprensión, y por haberme dotado de fortaleza para cumplir mis metas.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS.

A JÓse y Choco por creer en mí.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS

Por su compañía, su empatía, cariño incondicional, y por compartir mi recorrido en este camino como estudiante para lograr mi objetivo.

A MIS MAESTROS.

Sobre todo a Federico Castillo, que cambio mi visión, mi concepto de la vida, siempre lo llevaré en mi corazón y en mi mente y guardaré por siempre sus sabias palabras

AGRADECIMIENTOS:

A la UNAM por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella

A mi Directora. Por brindarme su paciencia y amabilidad

A mis Revisores. Sobre todo a la Dra. Ángeles Por brindarme su tiempo y su profesionalismo y por animarme a continuar y

A mis Sinodales

Gracias a todos.



Contenido

I. Resumen.....	4
II. Datos Generales del Programa de Servicio Social	5
Programa donde se realizó el Servicio Social y antecedentes.....	5
III. Contexto de la Institución.....	8
Contexto y antecedentes de la institución.....	8
Misión Institucional.....	10
Visión	11
Objetivos Específicos del Hospital Fray Bernardino Álvarez.....	11
normas de atención del hospital.....	11
IV. Descripción de las Actividades Realizadas Durante el Servicio Social	13
1.- Realización de Entrevistas.....	13
2.- Aplicación de Pruebas Psicométricas	14
3.- Participación en Grupo Psicoeducativo Familiar.....	16
4.- Participación en Psicoterapia de Grupo con Pacientes.....	17
5.- Participación en Taller de Teatro con Pacientes	18
6.- Participación en Cine Debate con el Grupo de Pacientes.....	19
7.- Participación en Lectura de Periódico.....	21
8.- Participación en Terapia Cognitivo Conductual con familiares.....	22

9.- Participación en Actividades Lúdicas	24
10.- Llenado de Formato de Crónicas y Listas del Grupo.	25
11.- Llenado del Formato de Equipo Num. 1 Hoja Diaria.	25
12.- Postarea.....	26
V. Objetivo del Informe Profesional del Servicio Social.....	27
VI. Soporte Teórico Metodológico.....	28
La Depresión y el enfoque Terapia Racional Emotiva.....	28
Definición de la Depresión.....	29
Diferencias Biológicas entre hombres y mujeres.....	32
Aplicación de la TRE en la depresión.....	34
Formas de ir mitigando la depresión	40
Aplicación de la dinámica de debate	43
Cine Debate	47
Modelamiento.....	52
Descripción de Procedimientos de cine debate:.....	61
Objetivo específico:	61
Sesión 1:	61
Tema.....	61
Técnica.....	62
Material	62

Sesión 2:	62
Tema	62
Técnica	63
Material	64
Películas observadas y analizadas	64
a) Depresión:	64
b) Esquizofrenia:	65
c) Trastorno biológico	68
d) Adicciones:	68
e) Violencia familiar:	69
La importancia de las películas	72
Intervención a través del análisis del cine	73
VII. Conclusión	75
Consideraciones finales	76
VIII Referencias	77
IX Anexos	80

I. RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) tiene como propósito brindar información acerca de las actividades que se llevaron a cabo durante la realización del Servicio Social dentro del programa "Intervención Del Psicólogo En Un Hospital Psiquiátrico", en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

Dentro de este informe se incluye de manera general los objetivos y actividades del Programa de Servicio Social, se presentan las características principales de pacientes psicóticos en recuperación de ambos sexos, mayores de edad, con escolaridad diversa. En estas actividades e intervención se resalta la depresión como uno de los trastornos que se atienden normalmente en esta área de los Servicios del Hospital Parcial/ Hospital de Día, Fray Bernardino Álvarez y es una de las modalidades que el Hospital brinda al público de escasos recursos.

El programa que se propone es brindar apoyo terapéutico basado en cine debate para paciente depresivos con enfoque de Terapia Racional Emotiva (TRE), a través de detectar la necesidad del paciente para poder abordar y analizar la problemática que está vivenciando y tratar de llevar a cabo el cambio mediante la presentación y análisis de una película que vaya acorde con el tema a tratar, en este caso, la depresión. Se pretende hacer un debate, discutir y trabajar las ideas erróneas o las creencias falsas y las generalizaciones que el mismo paciente se ha creado, para establecer las ideas más racionales y conseguir que el paciente exteriorice sus creencias arraigadas y mejore su funcionalidad, de acuerdo con la teoría de Albert Ellis.

II. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL Y ANTECEDENTES.

El Servicio Social se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" donde ingresa todo paciente que presenta una enfermedad psiquiátrica grave: a) que esté en peligro su vida, b) que presente ideas delirantes o suicidas, c) ponga en riesgo la vida de otras personas debido a que presenta trastornos psicóticos, de personalidad o pérdida de autocontrol con alucinaciones, violencia, o agresión etc.

En el hospital existe un área en donde se brinda atención ambulatoria con estancia diaria parcial. Ahí los pacientes reciben los servicios de atención médica, farmacológica, psicoterapéutica y/o de rehabilitación. Cuenta con las modalidades de Hospital de Día, de Fin de Semana y Psiquiatría Comunitaria (una atención preventiva). Los pacientes son enviados por alguno de los servicios intrahospitalario (Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización Continua).

La incorporación a estos servicios se realiza con previa valoración médica para lo que se requiere programar una cita. Los pacientes acuden 3 veces por semana de 8 a 14 horas de lunes a viernes y su permanencia en los programas está determinada por la evolución del padecimiento en caso del Hospital de día; y en el Hospital de fin de semana acuden sábado y domingo y de Psiquiatría Comunitaria preventiva se realiza normalmente fuera del hospital.



El proceso para la admisión a este tipo de programas se describe a continuación:

- Acudir al servicio ya sea con referencia psiquiátrica o por su cuenta, a solicitar una valoración.
- Reunir los requisitos clínicos para ser ingresados en el servicio (ser paciente con problemas de tipo psicótico, ser mayor de edad, no contar con impedimento físico ni enfermedad general en condiciones agudas que requieran de atención urgente u hospitalización).
- Contar con un familiar responsable

Horario de atención del Hospital Parcial o de Día durante la semana es de lunes a viernes de 8 a 14 horas. (S S, 1973).

En el Hospital de Día, los internos, son los que ya pasaron por una crisis, esto quiere decir, que el enfermo ha superado la etapa de psicosis. Son los que estuvieron en piso de cuidado intensivo y una vez pasadas sus crisis, son trasladados al Hospital de Día donde se les hace una valoración y dependiendo de ésta se acepta su ingreso, si cumplen los requisitos o de lo contrario, se rechaza su estancia en este espacio.

Si son aceptados, son beneficiados por los diferentes tipos de actividades que se realizan en dicho espacio, tales como: programa psicoeducativo para pacientes y familiares, técnica de terapia cognitivo conductual para pacientes y familiares, para pacientes: psicoterapia de grupo, atención individual, taller de teatro, taller literario, taller de música, taller de habilidades sociales, psicodrama, afrontamiento de problemas, cine debate, así como aplicación de pruebas psicométricas.

El objetivo de estas actividades es ayudar al paciente para su rehabilitación y, al mismo tiempo, a los familiares de los internos a recuperar y reestructurar su estabilidad, conociendo más acerca de la enfermedad que está



padeciendo su familiar, comprensión del ambiente en que viven y de esta manera tengan mayor beneficio de dicha atención.

El objetivo del Servicio Social que ofrece La Facultad de Psicología, es que sus alumnos, al prestar el servicio Social, alcancen sus objetivos académicos y sociales que permitirán vincular los conocimientos teóricos adquiridos con la práctica y ejercicio profesional, estableciendo un conocimiento del entorno social, facilitando la labor de asesoría para enfrentar y solucionar o contribuir en la solución de problemas sociales relevantes.

Dichas actividades demandan que el psicólogo clínico posea, no solamente la formación académica requerida, sino una serie de características de personalidad necesarias para el ejercicio de esta profesión. Es por eso que los estudiantes son vinculados a los diferentes centros de servicio para implementar métodos de enseñanza que permitan una formación sólida, tanto teórica como práctica en un escenario real para una capacitación profesional del futuro psicólogo clínico (Urbina, 1989).



III. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN

CONTEXTO Y ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El hospital Fray Bernardino Álvarez, pertenece a la Secretaría de Salud, es una Institución que depende de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, adscrita en forma directa de los Servicios de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. (Manual de Organización Interno, 2009).

El nombre del Hospital refiere a un personaje llamado Bernardino Álvarez (1514-1584) que fue benefactor de pobres, creador de hospitales y fundador de una cadena de hospitales en la Nueva España en el siglo XVI y posteriormente de atención psiquiátrica en el continente americano. Se dedica a cuidar enfermos del Hospital de la Purísima Concepción, hoy Hospital de Jesús. Su fin era socorrer a los pobres, visitar a presos; servía dentro y fuera del hospital. Además de proporcionar ayuda material y espiritual, también le brindaba ayuda al convento de Jesús María donde estaban recluidas muchas jovencitas, hijas de conquistadores en desgracia.

A los 53 Bernardino Álvarez años empieza a construir hospitales al percatarse de que los pacientes sufrían frecuentes recaídas ante la falta de cuidado. Esta reiterada observación lo inspira a construir el primer hospital en la Ciudad de México que fue San Hipólito en el año 1567, donde vivió hasta el día de su muerte. A la entrada del hospital mandó poner la siguiente leyenda que decía: "En este Hospital General, serán socorridos todos los que estuvieren en alguna manera necesitados" de acuerdo a dicha leyenda, ahí tuvieron cabida no solo enfermos convalecientes sino, enfermos de "vejez, de



caduquez y de locura, para que no quedaran sin protección los que tenían la suerte más miserable que era la falta de juicio" (Jiménez 1972; pág. 460).

Es así como este hospital es considerado como el primero en América, para la atención a enfermos mentales. Pronto el hospital se dedicó exclusivamente al cuidado de enfermos mentales y fue conocido popularmente como el "*hospital de los inocentes*". Es el pionero de la Psiquiatría durante la época colonial. México es así el primer país en el continente americano que tuvo un hospital de este tipo, que funcionó durante tres siglos y medio.

Después de la consumación de la independencia de México se suprimieron las órdenes religiosas hospitalarias y pasaron a depender del ayuntamiento de la Ciudad, al tiempo que sus bienes pasaron a formar propiedad del gobierno de México. La falta de recursos económicos del ayuntamiento, no permitió seguir sosteniendo los hospitales que, con grandes dificultades sobrevivieron 50 años, hasta que en 1877 fue creada la Dirección de Beneficencia Pública, que se encargó de ellos.

En 1883 la Secretaria de Fomento mandó hacer un estudio y medidas que debían tenerse para establecer manicomios en el país. A principios del siglo XX, a petición de varios médicos la Secretaria de Gobernación, compró la Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac (México, Distrito Federal), para la construcción de un hospital para enfermos mentales, ante la necesidad de mejorar las condiciones asistenciales, de higiene y de tratamientos para los pacientes, que habían permanecido en lugares insalubres durante muchos años. Al ser inaugurado fueron trasladados los enfermos de los hospitales San Hipólito y La Canoa. Cuando inició sus labores tenía un cupo de 1330 camas y atendía 848 enfermos, pero en 1965 tenía ya unos 3500 asilados. En 1943 se reconstruyó y se trató de organizar ya que el hospital fue descuidado.

El manicomio fue el principal núcleo de atención neuropsiquiátrica del país y el origen de la Escuela Neuropsiquiátrica Mexicana, pero con el correr de los años el Hospital de *La Castañeda* resultó insuficiente y cayó en desuso.



En 1947 la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creó un Departamento de Higiene Mental y Neuropsiquiatría bajo la dirección del doctor Samuel Ramírez. En este periodo se colaboró activamente con la Organización Mundial de la Salud y se celebró un congreso internacional en la Ciudad de México (1952). Durante los años 1953- 1954 se incrementó la prevención de las enfermedades mentales en los Centros de Salud. A partir de 1959 se inició en nuestro país el periodo más fecundo de atención a pacientes psiquiátricos. En el primer censo nacional se encontró que existían 154,000 psicóticos, 158,000 infantes con graves trastornos de conducta, 162,000 neuróticos, 192,000 mil pacientes alcohólicos, y 257,000 epilépticos. (Concepto Salud Enfermedad, 1988)

Dadas las características arquitectónicas ya obsoletas de *La Castañeda* y los nuevos criterios terapéuticos establecidos, se inició lo que dio por llamarse "Operación Castañeda", por lo que el 26 de marzo de 1965 se anunció su desaparición, o sea la substitución de esta antigua instalación por un conjunto de nuevos hospitales, de los cuales destaca el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que se inauguró para enfermos agudos. (Reseña Histórica de la Psiquiatría en México. 1967- 1997).

En 1967, se funda el hospital "Fray Bernardino Álvarez", que fue inaugurado por el presidente de la República Mexicana, Díaz Ordaz en mayo de 1967, atendiendo a enfermos mentales mayores de 18 años contando con un cupo de 600 enfermos. Es un edificio de diseño original, de 10 pisos de altura y se encuentra ubicado en la avenida San Fernando, esquina con la calle Niño de Jesús, en Tlalpan, D. F. (Psiquis, 1995)

MISIÓN INSTITUCIONAL

Su misión es brindar atención Integral de alta calidad, humanista, a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia. El personal del hospital está



capacitado e interesado en que la Institución sea un centro avanzado de atención, formación e investigación operativa en materia de psiquiatría y salud mental.

VISIÓN

Su visión es ser el mejor hospital de psiquiatría y salud mental en México y líder en Latinoamérica en los modelos de atención, reinmersión psicosocial en el área de enseñanza e investigación. (Manual de Organización Especifico Interno, 2009).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

El objetivo específico es el de dar atención Integral al enfermo mental agudo, adulto de cualquier sexo, que no se encuentra protegido por los sistemas de seguridad social, (IMSS, ISSSTE etc.), especialmente a pacientes de escasos recursos económicos. Sus funciones básicas son. a) La prevención de las enfermedades mentales, b) el diagnóstico y tratamiento de las mismas, c) la rehabilitación de los pacientes que padecen enfermedad mental, d) la enseñanza y la investigación (Dirección General de Salud Mental, 1983).

NORMAS DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL

La Norma Oficial Mexicana establece un conjunto de disposiciones que tienen como finalidad garantizar un funcionamiento adecuado de este tipo de servicios, sustentados en dos ejes principales:

- Atención médica especializada de calidad
- La preservación de los derechos humanos y dignidad de los usuarios.



En su contenido se retoma la larga tradición del acendrado sentido humanitario que ha caracterizado la esencia de estos establecimientos en nuestro país, a la cual se suman sólidos principios científicos y éticos prevalecientes en materia de atención hospitalaria a las personas con padecimientos mentales, como son:

- La orientación de la asistencia en el sentido de restituir en el mayor grado posible la salud mental del paciente para que disfrute de una vida autónoma e independiente dentro de la comunidad de pertenencia.
- El recibir trato y tratamiento en las condiciones de mayor libertad y dignidad posibles, compatibles con su situación clínica y seguridad.
- La promoción del involucramiento y participación del paciente, su familia y la comunidad en su tratamiento y rehabilitación (Norma Oficial Mexicana, México, D. F., 1995).

IV. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

En este capítulo se describe brevemente las actividades que se realizaron de febrero a agosto del 2011 tiempo de la presentación del servicio social en el Hospital Parcial/de Día.

Actividades realizadas:

Durante mi servicio social en el hospital participé en las siguientes actividades.

1.- REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS

Consistió en una situación de comunicación, no solo verbal, sino de observación e interrogación, con el objetivo de obtener información clara de la historia y pensamiento del psicótico. Este trabajo se realizaba tanto en la llegada del paciente por primera vez en el hospital, como durante la estancia del mismo, así como cuando se le daba de alta por mejoramiento. Entrevistar al paciente al llegar, era para saber el motivo de consulta, qué detonó su enfermedad, su historia clínica. En el internamiento esta información ayudaba a conocer más acerca de su enfermedad.

Durante su permanencia en el hospital, para dar un seguimiento y al mismo tiempo para observar cómo iba progresando, se les preguntaba cómo se sentían, cuáles eran sus pensamientos recurrentes, qué les hubiera

gustado hacer o cambiar o lo que no les gustaba. Entrevistar al paciente al final del internamiento era para constatar el cambio que había obtenido, así como su recuperación.

2.- Aplicación de Pruebas Psicométricas

El propósito de la aplicación de los instrumentos era para obtener información acerca del paciente con respecto a sus capacidades, personalidad, inteligencia y enfermedad. Se aplicaban las siguientes pruebas:

- Test Gestaltico Visomotor de Laurretta Bender

Este test Gestaltico Visomotor se aplica para evaluar si el enfermo presenta alguna lesión a nivel orgánico principalmente. El Test fue elaborado por Laurretta Bender en 1938. Es un instrumento de medición psicológica para diagnosticar problemas en percepción para paciente psiquiátricos, tiene su base teórica en la psicología de la Gestalt, mide el campo perceptual; esto responde a una constelación de estímulos de los procesos integradores del sistema nervioso. Evalúa los trastornos emocionales, predice la lesión cerebral y el retardo mental, evalúa la patología mental infantil y del adulto.

- Escala de Wechsler de Inteligencia adulto WAIS IV

Es un instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad intelectual de adultos. WAIS IV consiste de varias subpruebas, cada una mide una faceta diferente de la inteligencia (CI), así como el deterioro. Estas subpruebas son: Figuras incompletas, Vocabulario, Dígitos y Símbolos-Claves, Semejanzas, Diseño de cubos, Aritmética, Matrices, Retención de dígitos, Información, Ordenamiento de dibujos, Comprensión, Búsquedas de símbolos, Ensamble de objetos.

- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 MMPI-2

Es una prueba de amplio espectro diseñada para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de trastornos emocionales, que se dividen en varias escalas como son: Escalas Clínicas, Suplementarias, Adicionales, y de Contenido.

- Test Proyectivo de Karen Machover La Figura Humana

Es un instrumento que evalúa la personalidad total. A través del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico, tanto psicodinámico como nosológico.

- Test de frases incompletas de Sacks.

Este tests permite el conocimiento de la forma como el individuo se relaciona en sus contactos interpersonales; en la que se manifiestan aspectos básicos de la personalidad del sujeto, como: tendencias básicas, actitudes, deseos, afectos tanto inconscientes, como preconcientes y conscientes.

- Test Clinimétrico.

Es un instrumento que evalúa el estado psicomotor del paciente, y es aplicado al ingresar al hospital parcial. Califica el estado mental, coherencia en ideas y movimientos.

La calificación e interpretación de cada una de las pruebas; era aplicada a cada uno de los enfermos que eran admitidos a esta área y por parte del equipo de Hospital Parcial/de Día. Este trabajo se realizaba con el propósito de conocer más acerca de la personalidad de cada paciente, como su inteligencia, deterioro cognitivo o disminución del estado psicótico y estabilidad emocional en ese momento. Con este conocimiento se puede intervenir, sugerir algún cambio para que mejore su desempeño y tenga un funcionamiento adecuado en su vida cotidiana o para saber si se encontraban listo para ser dado de alta.

Se les aplicaba a pacientes de recién ingreso, así como los que ya llevaran tiempo de internamiento para actualizar su historia clínica y dar un seguimiento a su estado de salud. La entrevista y la aplicación de pruebas se realizaba de 9:30 a 10: 30 de lunes a jueves, y la calificación e interpretación se dejaba como tarea para llevar a casa.

3.- Participación en Grupo Psicoeducativo Familiar.

Esta actividad se realizaba de lunes a jueves de 8 a 9:30 de la mañana, conformado grupos de pacientes o familiares. En la clase se exponían temas como son las enfermedades que ellos padecían. Este programa trataba de capacitar tanto a los pacientes como a los familiares para que tuvieran conocimiento de su enfermedad. En el caso de los familiares para que comprendieran a su enfermo y quitar mitos o ideas erróneas acerca de la enfermedad, conocer el origen de la misma y los factores que pudieran influir para que se presentara la patología.

Participación y exposición de tema llamado "Factores Sociales Predisponentes de Enfermedad Mental". Esta participación consistió en presentar el tema tanto al grupo psicoeducativo de familiares como al de pacientes. Se trató de explicar que factores generan la enfermedad mental. Estos factores pueden desarrollarse dentro del núcleo familiar o pueden ser los sistemas de valores, la educación, el papel de roles, la sociedad, la discriminación, factores socioeconómicos y culturales de manera general. Así el enfermo y sus familiares analizarían uno de los factores que genera este tipo de enfermedad.

En este mismo programa, como los otros, al llegar un nuevo integrante al grupo le daban la bienvenida y se le pedía al nuevo miembro que se presentara, mencionara su nombre, cuál era su padecimiento; posteriormente el psicólogo o la psiquiatra titular le pedía al grupo que le recordaran las reglas

básicas que se tenían que cumplir dentro de la sesión, como eran: a) respeto a los compañeros, b) respeto a la opinión de los demás, se podía no estar de acuerdo con la opinión pero eso no implicaba tener derecho a agredir, c) todo lo que se tratara de conocimiento que se daba allí en clase se podía hablar, sin embargo, no se debía hablar o ventilar de los ejemplos que se tocaban en la sesión, menos si era de alguno de los integrantes del grupo, d) ser puntual, llegar a tiempo dentro de los límites establecidos, e) prohibidas las salidas, distraerse lo menos posible.

4.- Participación en Psicoterapia de Grupo con Pacientes

Esta actividad se realizaba los martes de 11:30 a 12:30 (una vez por semana) con los pacientes, donde ellos exponían sus problemas que no les era tan fácil superar; por lo cual eran ayudados por los terapeutas titulares como es el psicólogo y la psiquiatra en ese momento. El grupo era seleccionado: pues eran candidatos solo aquellos que podrían estar en atención grupal, donde se componían alrededor de 12 a 15 pacientes para su tratamiento.

En esta sección el grupo planteaba sus problemas personales, ya sea que fueran de tipo laboral o familiar, los que no podían solucionar por ellos mismos; el grupo les ayudaba con su punto de vista; cuando algunos de sus componentes no se alcanzaban a visualizar, intervenía el psicólogo o la psiquiatra, para encaminar hacia donde podía haber una posible solución y aclarar dónde se originaba el problema que afectaba al paciente.

Alguno del grupo exponía acerca de lo que le acontecía, lo que le estaba pasando en ese momento y que para él o ella no había solución; por ejemplo, una paciente del grupo expuso alguna vez su problema, refiriendo que se le había dificultado superar y retomar todo lo que implicaba responsabilidad laboral porque tenía miedo a enfrentar lo que fuera pasar, además de que ya no la contrataban para trabajar por su edad, consideraba que su enfermedad

había hecho que mucho de lo que sabía se le había olvidado y que ya no era lo mismo después de su padecimiento; aunado a todas las dificultades que le habían ocurrido sentía desesperanza ante la vida y ya no quería luchar, se sentía sin aliento para seguir adelante.

El grupo le respondió que debía reiniciar o retomar los apuntes, leer, renovarse día a día, motivarse, y que no importaba si no le salía a la primera, podía volver a reiniciar sus objetivos hasta lograr lo que ella se proponía.

Ejemplo de otro paciente: expuso que se reprochaba continuamente cuando dejaba de hacer algo, aunque retomaba la tarea sentía que no aprovechaba lo suficiente, que ya había perdido tiempo y no lograba llenar ese vacío. Los demás le señalaron que se autoexigía mucho y era muy rígido consigo mismo, que se diera la oportunidad de hacer las cosas más relajadamente, sin *robotizarse* tanto y que dejara su sistema tan cuadrado. Al final, los pacientes pedían la opinión del grupo clínico, y cada uno daba su punto de vista.

5.- Participación en Taller de Teatro con Pacientes

Esta actividad, se realizaba los martes de 12:30 a 13:30 horas, participaban el psicólogo titular, los psicólogos pasantes y una enfermera. Se hacían representaciones de personajes, juegos como por ejemplo: ponerse en el espejo y hacer todo tipo de muecas, desde enojo, alegría, de malo, de bueno, envidioso, etc. Otro ejercicio era de formar a los pacientes en dos filas viéndose uno a otro, o sea frente a frente, haciendo pareja, y uno de ellos tenía que hacerlo de espejo del compañero e imitar todo lo que el otro hacía, y al revés. Otro consistía en pasar a un paciente enfrente a representar a algún personaje, con mímica o explicar las cualidades de éste y los demás tenían que adivinar de quién se trataba.

Los pacientes realizaban obras de teatro, ensayaban alguna, haciendo representaciones de teatro musical para fin de año o para algún día festivo.

Estos ejercicios se hacían con la intención de ejercitar y desarrollar la atención, la memoria, socializar y comunicar.

Otro ejercicio era que el psicólogo titular del área hacía que los pacientes escucharan canciones y posteriormente les hacía preguntas, para pedirles la opinión de lo que habían escuchado, se analizaban las letras; qué trató de decirnos el autor (sin mencionar las letras implicadas en la misma), con el propósito de aclarar el tema expuesto como una reflexión que reflejaba de alguna forma su situación.

6.- Participación en Cine Debate con el Grupo de Pacientes

Esta actividad se realizaba los miércoles y jueves de 11 a 12:30 y los viernes de 12 a 13:30 horas, y estaba organizada en dos sesiones cada proyección. Tanto la primera como la segunda consistían en poner en condiciones la sala de cine (conectar el DVD y la TV y pedir a alguien que ayudara a pasar el material a la sala). Antes de empezar la proyección había un acuerdo con el grupo, qué película se iba proyectar, observar con atención porque posteriormente iba a haber preguntas acerca del tema de la proyección, se les pedía que apagaran celulares, y expusieran dudas y preguntas al final. Dentro de la variedad de opciones de rehabilitación, esta actividad tenía la intención de una mejor comprensión de los temas que se planteaban en la sesión del programa psicoeducativo; al ver la película les recordaba su propia experiencia. El tema variaba, pero era parecido a su situación y padecimiento, y al término de cada película los internos participaban dando su opinión, explicando lo que habían observado.

La actividad tenía que ver con los temas que se planteaban en ese momento en el grupo psicoeducativo, o alguno importante que beneficiara al grupo de pacientes, ya sea el tema de alguna enfermedad semejante a la que ellos padecían como son: la esquizofrenia, el trastorno depresivo, el trastorno

bipolar, consumo de sustancias, violencia intrafamiliar, apego al tratamiento. Al final de cada película se realizaba un análisis de la misma con la participación de los pacientes a través de preguntas y con el conocimiento que ellos iban adquiriendo en el programa de psicoeducación daban su opinión. Por ejemplo, cuando el tema era la esquizofrenia, la opinión era; "el personaje tiene los síntomas de esquizofrenia ya que presenta ideas delirantes, alucinaciones, sufre de delirio y persecución, escucha voces, y no se percata de que son sus propios pensamiento y lo vive como si fuera real", podían diferenciar los síntomas de la enfermedad que padecía el personaje.

Cuando se trataba de depresión, los comentarios eran de este tipo: "este personaje no se trató a tiempo, dejó que avanzara esta enfermedad, por eso llegó a la psicosis, o, eso pasa, uno no tiene ganas de nada, como si uno viviera en otro mundo"; los pacientes reconocen cuando la depresión es leve, cuando es grave o cuando se padece una psicosis o una manía. Cuando se observaba el tema de adicciones, el tipo de comentario era: "cayó en la tentación debido a que se encontraba en ese ambiente, por su historia familiar".

Cuando se trataba de violencia familiar, los comentarios eran; "debido a su historia personal, dependencia, inseguridad del personaje ha dejado que otra persona la maltrate, siempre encontraremos ayuda si la buscamos"; los pacientes reconocían qué sucedía en algún núcleo familiar. En cuanto a adherencia terapéutica los pacientes mencionaban; "volvió a recaer por no seguir las indicaciones del médico, etc. El reconocimiento de lo que se observaba y lo aprendido en clase era una oportunidad de reflexión y visualización de una posibilidad de cambio.

Al cine debate lo veían como una forma de identificación y recreación de su propia situación de enfermedad que estaban pasando en ese momento: como si ellos estuvieran viéndose a sí mismos en una etapa de su vida, la crisis por la cual habían pasado en ese periodo. Con esta exhibición, el paciente podía generar un cambio a partir de las escenas observadas que eran muy

parecidas a su problemática. Cabe mencionar que al término de cada tema difícil, se proyectaban películas cómicas para generar un poco de descanso.

7.- Participación en Lectura de Periódico

Esta actividad se realizaba los jueves de 10 a 11 horas. Una vez que pasaban asistencia los pacientes, se realizaban diferentes dinámicas acompañadas de noticias del día; estos ejercicios era realizados con la finalidad de que el paciente ejercitara su memoria y se mantuviera al tanto de lo que sucedía en el mundo, aplicando juegos para el desarrollo de la atención, memoria y creatividad. Sacarlos de su monotonía y socializar y, a la vez, hacer divertido el momento para que mejoraran en su recuperación.

Se comenzaba pasando lista de asistencia a un grupo de alrededor de 30 pacientes para la lectura, se formaban ya fuera por equipos o parejas. Se procedía, por ejemplo a sacar o recortar varias noticias del periódico, después se les repartía lo recortado para que lo leyeran y trataran de comprender lo que había tratado la noticia, una vez que terminaban, por pareja o equipo, pasaban a explicar la nota periodística que les había tocado representar a través de juegos.

Se realizaban los siguientes juegos con la finalidad de desarrollar por ejemplo: la memoria, la atención, que consistían como se mencionó con anterioridad en dinámicas. Por ejemplo los siguientes:

Este juego consistía, una vez leída la noticia, en que uno de los que formaban pareja tenía que exponer lo había entendido de la noticia y tenían que representarla con un dibujo, por ejemplo: para poder representar la noticia pasaba uno a dibujar por ejemplo; una portería y a un lado se dibujaba un chicharo que entraba en la portería, después los demás tenían que interpretarlo, decían: "El Chicharito había metido el gol". Cuando a los demás se les dificultaba comprender o identificar el mensaje

dibujado, entonces el equipo o la pareja pasaba a explicar la noticia, qué quisieron decir con lo que habían pasado a dibujar.

Un siguiente juego que ayuda a desarrollar la atención y percepción.

El juego consistía en percibirse y, al mismo tiempo, estar atento para percibir al otro con diversión. Una vez pasado lista de asistencia todos los que estaban sentados tenían que pasar a estar de pie y se le pedía a alguien que pasara al frente como voluntario para taparle los ojos con una mascada, si éste se negaba se escogía a otro enumerando del uno al diez, al que le tocaba se le tapaba los ojos con la mascada, y éste tenía que tocar a alguien de la cintura hacia arriba con los ojos tapados, los demás corrían para no ser tocados, el que era tocado perdía y tenía que ponerse la mascada. El que tenía los ojos tapados se destapaba y le entregaba la mascada al siguiente, y así se repetía el mismo juego.

Siguiente juego es con la misma finalidad del juego anterior.

Al empezar se les explicaba en qué consistía este juego: en taparle los ojos a alguien, sentados en círculo los pacientes, se le pedía a alguien que pasara al centro y si se negaba pasar se escogía a otro enumerando del uno al diez y a éste se le tapaban los ojos y se le daba vuelta con la pelota en la mano; la indicación era que de manera sorpresiva se tenía que girar y aventar la pelota muy rápido, si no la cachaban algunas de las personas que se encontraban hacia esa dirección, perdían y pasaban al centro a bailar o a recitar.

8.- Participación en Terapia Cognitivo Conductual con familiares

En esta terapia de grupo con familiares se realizaba los viernes de 8 a 9:30 de la mañana, asistí llevando registro de la sesión. Cada miembro del

grupo tenía la tarea de llevar por escrito algún acontecimiento que le había sido muy importante en su vida y exponer el tema. Se rifaba el nombre de los familiares que no habían expuesto, al que le tocaba exponía el suceso que le había marcado, de esa manera se analizaba la problemática que se encontraba atrás del problema planteado con la idea de conocer más acerca de la dinámica familiar del paciente y su entorno.

Hubo un caso de un paciente de alrededor de 40 años de edad que al llegar a este hospital era muy callado: su madre lo llevó casi forzado y siempre regañándole, él muy agresivo con ella. Él se presentaba a las actividades callado sin participar, el psicólogo siempre le dio su lugar y nunca lo obligó a nada. Esta persona era el hijo mayor, de varios hermanos, la madre siempre trabajó porque no contaba con el apoyo de su pareja, así que sus hijos se quedaban en casa mientras ella trabajaba, pero los tíos del paciente lo maltrataban; la madre ya sabía que su hijo no estaba bien, que le sucedía algo. Siempre vivieron en casa de la abuela materna, toda la familia vivía en la misma casa pero de manera independiente.

Un día el paciente puso la mano en la pierna de una prima y todos se escandalizaron y le dijeron a la madre que lo iban a meter a la cárcel porque eran de lo peor y lo echaron a la calle con amenazas a toda la familia; que si volvía a la casa lo meterían a la cárcel. La madre empezó dejarlo afuera de la casa, le dejaba de comer aunque él estuviera afuera, pero sus tías no lo dejaban pasar; después la madre optó por dejarle de comer en la puerta, para que él tuviera a su alcance la comida.

Ella recordaba que alguna vez llegó de trabajar ya era muy tarde estaba lloriznando y vio a su hijo que estaba columpiándose en el parque ya muy mojado, ella le llevo ropa y hule para que él se tapara y ella no pudo dormir toda esa noche pensando que le fuera pasar algo a su hijo, así que se asomaba continuamente hacia donde él se encontraba, lo alcanzaba a ver desde la ventana.

Al final de cada sesión, el equipo clínico que se encontraba en ese momento le daba una retroalimentación a la familia que exponía, el acontecimiento que le había sucedido y no había podido olvidar.

9.- Participación en Actividades Lúdicas

En este caso se realizaban actividades de ocio como son; juegos de mesa, cartas, el uno, dominó, memorama, ajedrez, juegos de baile, de fútbol, con la intención de que los pacientes ejercitaran la memoria, el cuerpo y a su vez, se distrajeran de lo rutinario. Estas actividades se realizaban un día a la semana, los viernes durante dos horas de 10 a 12 del día. Los psicólogos pasantes, teníamos que preparar y sacar los juegos de mesa y organizar la actividad.

Después sugerí que saliéramos al patio, pues era un lugar mucho más amplio que la sala que se ocupaba para esas actividades. Una vez que se reunían todos, se les pasaba lista de asistencia y se les daba la indicación de lo que debían hacer. Se dividían los pacientes por equipos; se formaba un equipo para fútbol, otro equipo para aprender algún juego de mesa, alguno de los pasantes enseñaba a algún juego de esta manera se interactuaba con ellos.

Se realizaban dinámicas o rutinas de ejercicios corporales (como el baile ya sea de salón, zumba). Se formaban equipos de alrededor de 15 a 18 personas, en esta actividad, se me encomendó a poner ejercicios previos de calentamiento para prevenir que sufrieran algún desgarre muscular (durante 15 minutos antes de empezar el baile) y al finalizar éstas, se volvían a dar 15 minutos antes de terminar el tiempo permitido. El ejercicio de calentamiento al empezar y al finalizar la actividad se realizaban los de elasticidad, para que a estos pacientes no se les acumulara cansancio, a la vez que pudieran recuperar sus habilidades físicas, tranquilidad y motivación para las siguientes actividades.



Intervención en juegos de mesa; En los juegos de mesa intervine para enseñar a unos pacientes que querían aprender a jugar ajedrez; empecé a explicar el nombre de cada una de las piezas, cómo se desplaza cada una de ellas, y cómo se pierden y se recuperan las piezas también se les pidió observar para que comprendieran mejor este juego.

10.- Llenado de Formato de Crónicas y Listas del Grupo.

Al empezar y después cada actividad se tenía que pasar lista de asistencia al grupo diariamente, con el propósito de llevar un registro. El formato de crónicas era llenado para el archivo del día. Consistía en hacer un pequeño resumen de lo que se había realizado durante cada sesión, se describía la actividad, el tema que se tocaba, quien había llevado a cabo el mismo, dejando por escrito, para entregarse varias al final de la jornada de trabajo.

11.- Llenado del Formato de Equipo Num. 1 Hoja Diaria.

Este formato se llenaba para el archivo de la oficina de supervisión del área de psicología, para hacer constar lo que se había hecho durante el día. Consistía en registrar el número de pacientes existentes de egreso, ingreso, actividades individuales, ya sea que fueran de entrevista, valoración o aplicación de pruebas: cuántos fueron atendidos como grupos de psicoeducación, de psicoterapia de pacientes y familiares, de cine debate, de taller de rehabilitación, de teatro, el rango de edades en hombres y mujeres, de lúdica, así como la asistencia. Este formato se le entregaba al jefe de piso de supervisión de psicología.

12.- POSTAREA.

Esta actividad se realizaba al finalizar la jornada del día; de 14 a 15 horas. La sesión era dirigida la mayoría de las veces por la doctora que estaba en ese momento como jefa de piso, la reunión la componían los equipos 1, 2, 3, 4; cada equipo estaba compuesto por un psiquiatra, su pasante, un psicólogo y su pasante y los pasantes que estaban realizando sus prácticas además de la trabajadora social y el equipo de enfermería. Esta actividad consistía en que la doctora encargada de piso, informaba alguna noticia importante, cuántos pacientes ingresaban o eran dados de alta, la exposición de algún tema, alguna sesión clínica bibliográfica, seminarios, o la historia clínica de un paciente grave o difícil. Ejemplo de una historia clínica de un paciente: masculino de alrededor de 35 a 36 años de edad con un ingreso por cuarta ocasión con un padecimiento de hiperactividad en la infancia, bajo rendimiento escolar, consumo de sustancias desde los 16 años, además de múltiples problemas conductuales y un manejo de alta impulsividad. En su adolescencia perteneció una banda en la que llegó a ser líder y portaba armas de fuego. Como siguió consumiendo drogas a los 20 años presentó un brote psicótico. El paciente manifestaba mucha ansiedad, inestabilidad, irritabilidad e insomnio y tenía mucha dificultad para relacionarse, constantemente el paciente presentaba hostilidad. La exposición de este caso fue para que llegasen a un acuerdo, qué seguimiento debían darle, ya que nada según el paciente le hacía sentir mejor. El equipo clínico optó por una atención individual. Este espacio se ocupaba para sesión clínica para discutir casos, como se mencionó con anterioridad pero, también se ocupaba para festejar cualquier evento pequeño, como la invitación de un laboratorio con demostración de algún medicamento nuevo.

V. OBJETIVO DEL INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

El principal objetivo de este informe Profesional del Servicio Social (IPSS) es describir el programa de: apoyo terapéutico basado en cine debate para pacientes depresivos, como una herramienta útil para detectar la necesidad del paciente para poder abordar y analizar la problemática que está padeciendo y tratar de llevar a cabo el cambio mediante la presentación y análisis de una película que vaya acorde con el tema a tratar, la depresión.

VI. SOPORTE TEÓRICO

METODOLÓGICO

LA DEPRESIÓN Y EL ENFOQUE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La depresión, en términos médicos, es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento. Afecta en la forma de pensar, comer, dormir y actuar (Ellis, 2003).

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, se emplean los siguientes criterios:

a.- Uno o más periodos de disforia o pérdida de interés o de placer

- Aumento o disminución de peso o apetito
- Sueño excesivo o insuficiente
- Falta de energías, fatigabilidad, cansancio
- Lentitud o agitación psicomotora
- Pérdida de interés o agrado en las actividades cotidianas
- Sentimientos de autocensura y de culpabilidad
- Disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio

b.- Mantenimiento de la disforia al menos durante dos semanas

c.- Ausencia de otros diagnósticos (como la esquizofrenia) (Beck, y Rush, 2008).

Se diagnostica un trastorno depresivo menor cuando se dan episodios de enfermedad no psicóticos, la distinción “menor/ mayor” es importante porque las impresiones clínicas sugieren que los trastornos mayores suelen requerir farmacoterapia. Varios cuadros médicos van asociados con distintos tipos de psicopatología, especialmente con síntomas depresivos, entre estas enfermedades se encuentran las disfunciones tiroideas, suprarrenales y paratiroideas, la anemia, algunas infecciones producidas por virus, el cáncer, la epilepsia, la avitaminosis, la histerotomía y la artritis reumática. Otros trastornos psiquiátricos pueden diagnosticarse erróneamente como depresión, entre ellos la esquizofrenia esquizo-afectiva (Kasanin, 1944) y el síndrome borderline. (Grinker, Werble y Driye, 1968; Gunderson y Singer, 1975; Vázquez & Núñez, 2004).

Definición de la Depresión

Los textos antiguos ingleses se refieren a la melancolía, que durante siglos fue la palabra utilizada para describir los trastornos del estado de ánimo.

Las primeras descripciones médicas de la depresión se remontan al griego Hipócrates, “el padre de la medicina”, él sugirió la teoría de que la melancolía era producto del exceso de bilis negra en el bazo – de aquí los términos, “negro” y “colia”, “bilis”. Para superar la depresión Hipócrates recomendaba un reequilibrio de los sistemas corporales utilizando relajación y estrategias de vida saludable – componentes que todavía se usan como parte de un enfoque integral de tratamiento (Kramlinger, 2002).

Sus síntomas pueden sobreponerse a los síntomas de otras enfermedades, o pueden atribuirse al pesar, estrés, problemas de sueño, envejecimiento o exceso de trabajo. La verdadera depresión o la depresión clínica es diferente de la tristeza o desesperación normal. La enfermedad depresiva, en su forma más frecuente, se caracteriza por lo siguiente:

- Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más.
- Presenta síntomas específicos, relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro
- Requiere tratamiento médico o psicológico, o ambos.

Durante siglos se consideró la depresión como un signo de debilidad física o mental y a menudo se rechazó la idea de que fuera un problema legítimo de salud. Después de años de investigación, los médicos reconocen ahora a la depresión, como un trastorno médico, una enfermedad con una base biológica que a menudo se ve influenciada por el estrés psicológico y social. La gente con depresión puede tener niveles anormales bajos de ciertas sustancias químicas del cerebro y actividad celular más lenta en áreas del cerebro que controlan el estado de ánimo, el apetito, el sueño y otras funciones.

La depresión puede afectar no solo el estado de ánimo. Puede desorganizar también los patrones de sueño y comida y disminuir el impulso sexual. La depresión filtra lo que piensa el paciente y hace que sus pensamientos sean más negativos y pesimistas. Afecta el concepto que tiene de sí mismo, disminuyendo la sensación de autoestima, y a menudo lo hace más irritable y ambivalente.

La depresión puede ocurrir sola o puede ser una complicación de otra enfermedad. Puede ocurrir como una reacción a un medicamento a una droga, después del parto o como resultado del abuso del alcohol o como una respuesta al estrés. La tristeza ocasional es muy diferente a la depresión, es más que un desaliento pasajero. La depresión continúa durante un periodo más prolongado. Los sentimientos de tristeza o abatimiento persisten y a menudo se acompañan de otras emociones con ansiedad, enojo, irritabilidad, culpa o sentimientos de desesperanza, la depresión puede ser debilitante (Kramlinger, 2002).

El pesar generalmente dura hasta un año, la diferencia con la tristeza es la autodenigración. Las personas deprimidas tienen a menudo sentimientos de inutilidad. La depresión puede afectar a cualquiera; sin embargo, las mujeres tienen tasas significativamente mayores de depresión que los hombres. Esta diferencia puede deberse en parte a causas biológicas.

El primer episodio de depresión ocurre entre los 25 y 44 años de edad. Las tasas de depresión son menores en los casados y en los que tienen relaciones íntimas duraderas. Más frecuente en divorciados y separados. Los depresivos tienden a ser individuos muy creativos. En algún momento de la vida, casi uno de cada cuatro individuos sufrirá un episodio de depresión (Aros, 2005).

Hay cambios físicos y de comportamiento. Pueden desordenarse los hábitos de sueño, de comida, aumento de peso o pérdida de apetito, el impulso sexual puede disminuir o desaparecer, puede minar la energía, puede sentir la persona cansancio, sentirse lenta y agotada, sufrir dolor de cabeza, de espalda, abdominal y dolencias múltiples sin ninguna explicación médica.

Los síntomas prominentes del estado de ánimo son agitación, irritación, ansiedad o pérdida de placer en las actividades habituales. Algunas veces no están presentes todos los signos y síntomas de la depresión, o se muestran con diferentes niveles de ansiedad. Hay vergüenza y confidencialidad, temen que la depresión sea un estigma. Los efectos de la enfermedad pueden ser: sentimientos de desesperanza e indefensión, los cuales pueden hacer difícil que se tomen las medidas necesarias para tener un tratamiento.

La importancia del tratamiento es; mejorar la calidad de vida, prevenir adicciones y suicidio, reduciendo el riesgo de episodios recurrentes (Kramlinger, 2002)

Diferencias Biológicas entre hombres y mujeres

Existen diferencias biológicas que predisponen a las mujeres a padecer depresiones; la más importante es el sistema hormonal femenino, que provoca importantes altibajos. Un gran número de mujeres se sienten nerviosas, irritables e hipersensibles antes de la menstruación.

Se diagnostican dos casos de depresión en mujeres por cada hombre, están más acostumbradas a tratar con sus sentimientos y pueden reconocer antes los síntomas de una depresión. Si se le pregunta a cualquier mujer, sea cual sea su ocupación, cuál es su estado habitual, en más de 90% de los casos lo describirá como agobiante y sin solución. Las hormonas tienen un papel fundamental en la vida de una mujer, el hecho de tomar la píldora puede provocar cambios físicos y hormonales que desemboque en una depresión. Además, en situaciones concretas como el embarazo, el posparto y la menopausia se producen cambios importantes que afectan el estado de anímico. (Aros, 2005).

En hombres: se calcula que un 11,5% de los hombres padecerán una depresión en algún momento de su vida. En los hombres los trastornos depresivos guardan una estrecha relación con factores físicos y de origen psicológico, y al revés, la depresión puede provocar diversos trastornos físicos.

Duración y calidad de vida: Además de la sensación de vacío que provoca la depresión, también aumenta el riesgo de padecer una enfermedad física, esto se debe a que durante la depresión se producen más hormona cortisol de lo habitual, la cual debilita el sistema inmunológico, lo que hace que las personas afectadas sean más vulnerables a las enfermedades infecciosas.

Pérdida de empleo: Suele afectar mucho más a hombres debido a que se considera que el peso de la economía familiar es responsabilidad del hombre. El hombre tiende a identificar su trabajo con éxito como individuo y, por este motivo, la pérdida del empleo se convierte en algo mucho más dramático, pone

en duda su valor como persona. La pérdida del empleo es considerada como algo personal, los hombres que están desempleados y se deprimen se sienten tan mal que, aunque busquen empleo activamente, les falta la motivación para enfrentarse a la competitividad laboral. Es necesario hacer un ejercicio de relativización para comprender que no se puede centrar la vida en el trabajo.

Jubilación anticipada: Los hombres aun con expectativa pueden deprimirse si no han previsto que van hacer con el tiempo libre. Los efectos de la jubilación son todavía peores cuando ésta llega antes de lo previsto. Aumenta el porcentaje de depresiones masculinas entre la edad de los 55 y 65 años.

La crisis de los cuarenta: Los cuarenta representan la mitad de la vida de una persona, pero también significan el inicio de la decadencia física. Un hombre a esta edad se da cuenta de que el tiempo pasa sin remedio y empieza a examinar su vida para ver si ha cumplido sus expectativas de éxito. Ellos son más propensos a la crisis: los cuarenta son una etapa de transición, a quienes más les afecta esta situación y quienes son más propensos a padecer una depresión son los hombres. Aquellos que concibieron expectativas desmesuradas sobre su futuro son los más propensos a considerar que han fracasado. Quienes no asumen las riendas de su destino, achacan la insatisfacción de esta época a la familia y empiezan a cuestionarse todo lo que les rodea, como "nadie me entiende". Para estos hombres la vida se convierte en una injusticia de la que no se sienten en absoluto responsables, sino víctimas.

El atractivo sexual: A los cuarenta es cuando los hombres cometen la última locura, como enamorarse de una chica más joven. La razón hay que buscarla en el sentimiento de la pérdida de la juventud y en el último intento por conservarla sintiéndose atractivo y deseado. Y en esta actitud masculina de no dejar pasar las oportunidades interviene no solo la necesidad de sentirse

atractivo, sino la creencia de que si se “desaprovecha” alguna oportunidad se es poco hombre.

La impotencia sexual: Para muchos hombres lo peor que les puede suceder, por encima de la pérdida del vigor físico, es sufrir problemas de erección. No hay que confundir los trastornos eréctiles o la impotencia con un episodio aislado. No hay que dramatizar ni obsesionarse. Un elevado porcentaje de hombres que acuden para tratarse de depresión lo hacen a causa de la impotencia. La impotencia no se vive solo como un problema físico, sino que ataca a la autoestima del individuo, que interpreta que ya no es un “hombre completo”. En esta creencia hay un doble error. Por un lado, ser un hombre no tiene nada que ver con el ejercicio de la sexualidad y, por otro lado, la impotencia no es algo irreversible. A partir de la cincuentena, la disfunción eréctil es una causa del inicio de procesos depresivos (Aros, 2005).

Aplicación de la TRE en la depresión

La Terapia Racional Emotiva tiene fundamentos filosóficos desde los orígenes más remotos; este conocimiento se encuentra en los filósofos estoicos desde antes de la era cristiana (350 a. c.) Epíteto y Marco Aurelio antiguos estoicos, Griegos y Romanos, fundada por Zenón. Los Estoicos tuvieron mucha influencia en la Roma antigua que fortaleció la cultura. Basada en la Ética y Valores, y la virtud como bien supremo y la práctica de ésta encaminaba a la felicidad, el equilibrio y armonía con la naturaleza. Ellis empieza a elaborar su teoría (TRE) en los años 50s basada en su experiencia clínica al descubrir que los pacientes aunque las personas son diferentes y con sus peculiaridades, también se parecen en la forma en que se perturban emocionalmente. (Ellis y Grieger 2003).

De acuerdo con la teoría de Ellis, las personas no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; sino

más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan, y un segundo aspecto es que sus creencias están basadas en creencias irracionales absurdas y contraproducentes. Aunque no todas las creencias irracionales incluyen un "debería" o un "tengo que"; algunas de ellas consisten en afirmaciones no empíricas o irreales. Las creencias irracionales consisten en querer conseguir absoluta y necesariamente todo lo que se desea. Si realmente se mantuvieran los deseos y preferencias y nunca se proyectaran a las necesidades y exigencias, muy pocas veces se harían afirmaciones antiempíricas a sí mismo y a otras personas.

Cuando se siente angustia, depresión, abatimiento, culpa, hostilidad o perturbación emocional se tiene la presencia de algunos "deberías" o "es necesario que" y la persona lo sigue exigiendo a sí misma con fuerza y busca alcanzar estas exigencias absolutas o mágicas. Hay sentimientos como el sentirse horrible, con el no poder soportar la vida y con las maldiciones a sí mismo y a los demás. Porque cuando se experimentan distintos problemas emocionales se puede suponer que las creencias irracionales toman una o más de las cuatro formas básicas:

1.- Se piensa que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser diferente de lo que es en realidad

2.- Se encuentra horrendo, terrible, horroroso

3.- Se piensa que no se puede sufrir, soportar o tolerar una persona, esta cosa y por eso se concluye que no debería haber sido como es

4.- Se piensa que una u otras personas han cometido errores horribles, porque él o ellas no deben actuar tal como lo hacen y merecen reprobación; y pueden ser legítimamente catalogados como canallas, podridos o despreciables.

Otro método sencillo de descubrir las creencias irracionales es suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de “necesidad perturbadora”

a).- “Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar, o de lo contrario soy considerado como podrido”

b).- “Tú debes actuar de forma amable, considerada y justa conmigo, o de lo contrario eres un canalla”

c).- “Las condiciones en que vivo deben seguir siendo buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad, o de lo contrario el mundo se convierte en despreciable y la vida no merece vivirla”

La Terapia Racional Emotiva (TRE) consiste en gran parte en el uso del método lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir.

El debate: consiste en preguntas y propuestas para discutir y deshacer la creencia falsa. El debate implica una discusión interna dentro de uno mismo, entre las creencias racionales e irracionales y su finalidad es de destruir, o al menos minimizar las creencias irracionales.

El distinguir: consiste en hallar las diferencias claras que hay entre lo que se quiere y lo que se necesita, los deseos y las demandas, en este proceso uno se muestra a uno mismo tanto en los aspectos buenos como en los malos comportamientos, dándose uno cuenta de que los inconvenientes no llegan a hacer “horrores”, diferenciando entre las conclusiones lógicas sobre la vida y las ilógicas y discerniendo otras clases de inconsistencias y contradicciones en los pensamientos y comportamientos. Ellis y Grieger, 2003)

La investigación de Beck y Hurvich (1959) con clientes deprimidos. Encontraron que estos mostraban mayor proporción de "sueños masoquistas" que otro grupo formado por clientes no deprimidos. El soñador deprimido se describía como un "perdedor" en algún aspecto, sufría la privación de algún objeto, experimentaba una pérdida de auto-estima en una relación interpersonal o la pérdida de una persona a la que se sentía muy unida. La persona deprimida se siente frustrada al intentar alcanzar una meta, se considera como inepto, repugnante o defectuoso.

En esta comparación del grupo de deprimidos y de no deprimidos se encontró que el grupo deprimido siente:

a) una consideración negativa de sí mismo. El individuo se considera deficiente, inadecuado o inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo físico, mental o moral. Se considera indeseable y despreciable a causa de su supuesto defecto y tiende a rechazarse a sí mismo y cree que los demás también lo hacen.

b) una consideración negativa del mundo. Sus interacciones con el ambiente son interpretadas como que representan una derrota, una privación o un menosprecio

c) una consideración negativa del futuro. Ve el futuro desde una perspectiva negativa.

Los conceptos reales e irreales de un individuo provienen de sus experiencias, actitudes y opiniones que otros le han comunicado y de su identificación (modelo social) por ejemplo, si un niño que adquiere la noción de que es inepto, en un futuro él va interpretar las experiencias, o ante una dificultad en su vida, va a tender a juzgarse inepto. Así se establece un círculo vicioso, cada juicio negativo va a reforzar el concepto negativo de sí mismo y a su vez facilita una interpretación negativa de las experiencias posteriores.

La excesiva generalización es el proceso de hacer una generalización injustificada sobre la base de un único incidente. Por ejemplo: "nunca tendré éxito en nada" cuando ha tenido un solo fracaso. La amplificación es la propensión a exagerar el significado o la importancia de un hecho. Ellis llamó a esta forma de reacción "el catastrofismo".

Se puede resumir entonces que las perturbaciones del pensamiento en estado de depresión se pueden atribuir a las exigencias de las situaciones externas y la confusión de las distinciones, los juicios extremos y las generalizaciones excesivas se explican por los esquemas primitivos, por su rigidez.

La abstracción y el recuerdo selectivo. Estos pensamientos son predominantes en la depresión, la tristeza y la soledad. El paciente experimenta un aumento gradual en la intensidad de la tristeza y de otros síntomas hasta que "toca fondo". Cada repetición de la idea de pérdida constituye una nueva experiencia de pérdida. Con cada "pérdida" sucesiva se genera una mayor tristeza.

Como resultado de esta "visión del túnel" el paciente se vuelve relativamente impermeable a los estímulos que puedan despertar emociones agradables. Aunque reconozca que ciertos hechos le son favorables, sus actitudes bloquean cualesquiera sentimientos felices: "no merezco ser feliz", "soy diferente de los demás", "no puedo sentir felicidad por las cosas que a ellos les hace felices", "¿Cómo puedo ser feliz cuando todo está mal?", las situaciones cómicas no le hacen gracia por su actitud negativa: "no hay nada gracioso o divertido en mi vida". Tiene dificultad en experimentar ira o enfado y en dar respuestas asertivas, ya que se considera responsable y merecedor de las ofensas e insultos de los demás.

Freud ya había dicho que la tristeza es una transformación del enfado vuelto hacia dentro por una especie de "alquimia", que es el resultado de la

humillación del amor propio producida por él mismo, hace una evaluación negativa de sí mismo.

Esta negatividad está relacionada con su autoevaluación la cuál considera en términos absolutos e influyen en el aumento acumulativo de la tristeza. Y tiende a permanecer con ideas extremas como: "la vida no tiene sentido", "nadie me quiere", "soy un inútil total" o "no tengo nada que hacer". Al degradar las cualidades que están íntimamente relacionadas con la gratificación se está quitando la gratificación a sí mismo (Beck & Rush, 2008).

Los cambios que manifiesta el paciente en su conducta, no solamente desea evitar las experiencias que anteriormente le satisfacían o representaban la tendencia principal de su vida, sino que es arrastrado hacia un estado de inactividad. Incluso busca retirarse totalmente de la vida por medio del suicidio. En una palabra, se ha rendido porque ya no se siente atraído por tareas o iniciativas a las que normalmente se comprometía con espontaneidad.

Se siente forzado para cualquier iniciativa, cumple con sus trabajos diarios porque cree que es "lo que tiene que hacer" o porque otros le urgen a que los haga pero no por que él lo quiere. En un caso extremo el paciente experimenta una "parálisis de la voluntad". La persona deprimida espera resultados negativos, por eso no experimenta la movilización de su energía interna para hacer un esfuerzo y no ve ningún sentido en intentarlo porque cree que las metas no tienen importancia. Su pensamiento es "estoy demasiado cansado y triste para hacer nada", "si estoy activo solamente me sentiré peor", pero "si me tumbo, puedo conservar mi energía y mi mala sensación desaparecerá".

La conducta suicida: Los deseos e intentos de suicidio pueden ser considerados como una expresión extrema del deseo de evadirse. El deprimido ve su futuro lleno de sufrimiento. No ve la forma de mejorar su suerte. No cree que mejorará. En estas condiciones el suicidio parece ser una solución racional. No solamente un final de su propia miseria sino que libraré a su

familia de un peso. Cuanto más desesperada y dolorosa le parece su vida, más fuerte será su deseo de terminar con ella (Beck & Shaw, 2003)

FORMAS DE IR MITIGANDO LA DEPRESIÓN

Los pacientes tienden a intensificar su tristeza utilizando expresiones como: "No puedo soportar este sentimiento", "me siento mal todo el tiempo", "siempre seré desgraciado" etc. El terapeuta puede mitigar la tristeza induciendo al paciente a "sentir autocompasión". Se puede acelerar el proceso al contarle al paciente la historia de otra persona con un problema similar al suyo y con quien él pueda identificarse. Los procedimientos de autocompasión resultan especialmente útiles para los pacientes que sienten deseos de llorar pero que son incapaces de hacerlo.

Distracción: Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir casi todos los sentimientos dolorosos, pues es eficaz para aliviar la tristeza. El terapeuta le pide al paciente que evalúe el nivel de tristeza: el paciente recibe la instrucción de concentrarse en un objeto determinado de la consulta y el nivel de tristeza, lo habitual es que este nivel haya disminuido en cierta medida.

Ejercicio: se le puede pedir al paciente que practique ejercicios de distracción entre las sesiones. Se le dice que cuando comience a sentirse triste considere la tristeza como un indicio para llevar a cabo actividades que le distraigan. Estas actividades pueden consistir en dar un paseo, leer, conversar con alguien, llamar por teléfono, contemplar el paisaje, etc. El procedimiento suele ser eficaz para aquellos pacientes que experimentan pensamientos negativos recurrentes.

Imaginación: algunos pacientes pueden emplear las imágenes visuales para distraerse: imaginar escenas agradables, como jugar el tenis, ganar la lotería, cuantos más detalles aparezcan en la escena, más probable es que

resulten efectivas; hay que pedirle al paciente que visualice mentalmente momentos pasados de felicidad o imagine escenas futuras.

Humor: El humor suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente. El terapeuta puede poner de manifiesto el sentido gracioso de las situaciones y distraer la atención del paciente. Cuando un paciente depresivo capta el aspecto humorístico de una situación, suele ser un signo de que se está desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas. (Beck y Rush, 2006)

Enseñar al paciente a aumentar su tolerancia a los sentimientos de disforia es un método recomendable en el tratamiento de emociones negativas, como la ansiedad. En lugar de "no puedo soportarlo", se anima al paciente a que se diga a sí mismo, "soy bastante fuerte para aguantarlo" o "voy a ver cuánto tiempo soy capaz de soportarlo". A base de práctica las personas aprenden a aumentar su tolerancia ante casi cualquier forma de malestar.

Se le puede decir al paciente que aumentando su tolerancia a la tristeza se fortalece y se "autovacuna" contra posibles momentos futuros de disforia el paciente suele experimentar un mayor sentimiento de control que, en sí mismo, detiene los efectos de la tristeza. El paciente puede fortalecer su tolerancia a la tristeza incrementando el tiempo transcurrido entre el sentimiento de tristeza y la puesta en práctica de estos antidotos. Una técnica sencilla aplicable a los pacientes que experimentan momentos especialmente difíciles a una determinada hora del día (por ejemplo, a primera hora de la mañana) consiste en elaborar un programa de actividades distractoras para ese periodo de tiempo. Para contrarrestar la tendencia del paciente a atribuir significados de "catástrofe" o autocondenación a su estado de ánimo, suele resultar muy útil.

Sentimientos de culpabilidad: El sentimiento de "estar haciendo las cosas mal" se basa en patrones arbitrarios e idiosincrásicos. El terapeuta debe evitar llegar a conclusiones sobre la fuente de los sentimientos de culpabilidad del

paciente. Algunos pacientes pueden sentirse más culpables por pensamientos o deseos que por acciones. El sentimiento de culpa de un paciente se debe frecuentemente a que se supone, de forma poco realista, responsable de la conducta de otras personas. Preguntando simplemente al paciente por qué es responsable, el terapeuta le obliga a examinar la naturaleza de su excesivo sentido de la responsabilidad.

Vergüenza: Muchos pacientes sienten vergüenza a causa de algún aspecto "socialmente indeseable" de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivados por una supuesta infracción de los códigos ético moral por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco o, en general, inferior.

Cólera: Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo. Algunos experimentan más ira cuando comienzan a sentirse mejor. Este periodo de cólera excesiva suele ser de corta duración e indica que el paciente está progresando. Se enseña al paciente a emprender alguna actividad cuando comience a sentirse enfadado, se le anima a que se tranquilice. Frecuentemente se le enseña a incrementar su capacidad de empatizar con la otra persona; así puede surgir en el paciente un conjunto de cogniciones de aceptación que son incompatibles con la cólera.

La ansiedad: Los pacientes manifiestan ansiedad como un problema que acompaña a la depresión o que surge cuando la depresión va desapareciendo, algunos se ven demasiado afectados por la ansiedad por que no clasifican correctamente sus emociones. El terapeuta puede aliviar a estos pacientes simplemente identificando los síntomas como ansiedad y asegurándole que, aunque estos sentimientos sean molestos, no son peligrosos. Este procedimiento ayuda a quitar importancia a la ansiedad y a evitar que el paciente experimente ansiedad por la ansiedad. El primer paso en el tratamiento de la ansiedad es animar al paciente a controlar este síntoma.

Además de registrar las variables situacionales, como la hora, el lugar, las circunstancias, etc., se le pide al paciente que evalué el grado de ansiedad experimentado. El mejor antídoto de la ansiedad es la actividad física repetitiva. (Beck Y Rush 2006).

APLICACIÓN DE LA DINÁMICA DE DEBATE

El Debate es un enfoque activo para ayudar a los pacientes a evaluar la utilidad y eficacia de los elementos de sus sistemas de creencias. El debate les permite identificar, discutir y reemplazar sus creencias rígidas e inflexibles. Se puede abordar el tema utilizando un estilo didáctico que hace referencia a la parte informativa de una sesión en la que, como terapeuta, se aclaran los diferentes términos y se explica la diferencia entre creencias racionales e irracionales (Ellis y Laren, 2004)

Un enfoque socrático implica una participación mayor del paciente. A través de una serie de preguntas clave se puede concretar más específicamente cómo y dónde se vuelve problemático el pensamiento, el sentimiento y el comportamiento del paciente. Muchas veces adoptamos un sistema de creencias que pocas veces cuestionamos.

El propósito de esta intervención es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias del paciente y de las emociones y comportamientos que las acompañan, esto implica valorarlo para descubrir si la creencia, conducta o emoción está ayudando al paciente a alcanzar sus objetivos en la vida.

El destino del debate funcional es indicar al paciente si la creencia está alcanzando sus objetivos. Mediante el estilo socrático directo de hacer preguntas se puede ayudar al paciente a examinar minuciosamente las creencias que se sospecha y probablemente están provocándole problemas evitables. Lo que se está intentando hacer es demostrarles sistemáticamente

las muchas posibilidades que tienen de ganar, trabajando para reemplazar las creencias irracionales por creencias racionales, más flexibles y más reales.

Debates empíricos: En este enfoque las preguntas están orientadas a evaluar los hechos objetivos de las creencias del paciente, comprobar si las creencias específicas son compatibles con la realidad social. Las preguntas utilizadas con frecuencia son: ¿Dónde está la evidencia? ¿Dónde está la prueba de que esto es exacto? Y ¿Dónde está escrito? Se le está pidiendo evidencias empíricas, no preferencias. En el debate empírico el deber es ayudar al paciente a comprender que se ha estado aferrando a una creencia que es insoportable y que cuando es cuestionada pierde el sentido.

Debates Lógicos: El debate lógico se centra en cuestionar el salto ilógico que el paciente está haciendo en su pensamiento irracional de los deseos o preferencias a las exigencias. ¿Cómo se entiende que solo porque a usted le gustaría que esta cosa fuera cierta y fuera muy conveniente, deba serlo? Y ¿Dónde está la lógica de que Y deba seguir a X? o ¿Cómo es posible que fracasar en una tarea importante le convierta en un fracasado, cuando usted es una persona que puede fracasar en unas tareas y tener éxito en otras? ¿Por qué el fracaso le hace despreciable? Los debates lógicos que resultan útiles incluyen: ¿Dónde está la lógica de que una situación tenga que ser perfecta antes de comprometerse a ello? ¿Cómo se entiende de que, porque no haya tenido hasta el momento demasiado éxito en ciertas cosas, siempre tenga que ser de este modo?

Debates filosóficos: El enfoque filosófico trata el tema de la satisfacción por la vida, pues el problema se ha convertido en el elemento que define la existencia del paciente se puede preguntar "aunque las cosas no sean siempre como usted desea", ¿todavía puede aportar un poco de satisfacción a su vida? Es muy importante que los pacientes practiquen el debate fuera de las situaciones estresantes, así tendrá mayores oportunidades de éxito durante los periodos de tranquilidad (Ellis y Laren 2004).

Afirmaciones de Aceptación Racional: Este tipo de afirmaciones se ponen en práctica cuando se ha conseguido hacer un debate convincente, pero también se pueden utilizar mientras el paciente está en el proceso de exploración de sus creencias. Estas frases objetivas y alentadoras son compatibles con la realidad social y se anima a los pacientes a repetirlas convincentemente para reafirmar las ideas por sí mismos. Pueden ser afirmaciones alentadoras, como por ejemplo “puedo llevar a cabo esta tarea” o “No tengo que disgustarme en estas situaciones”, es preferible sugerir afirmaciones que traten un asunto filosófico más profundo.

Deberes Cognitivos: la asignación de deberes cognitivos es pedirle al paciente que practique, identifique adversidades fuera del tiempo de las sesiones, que identifique sus Creencias Irracionales (CIs) y que las discuta activamente para remplazarlas por afirmaciones que le permitan enfrentarse a los problemas de forma racional.

De acuerdo con Ellis y Laren (2004). Se le puede sugerir al paciente apoyarse con los siguientes materiales:

- Tareas de Biblioterapia y Psicoeducativas
- Grabación de las Sesiones de terapia
- Reformular
- Parar y observar.

Al paciente se le entrena para que analice las cogniciones relacionadas con el sentimiento desagradable. El terapeuta recoge las cogniciones en la entrevista y enseña al paciente a considerar sus cogniciones más como respuestas psicológicas que como reflejo exacto de la realidad y a examinar la racionalidad y la evidencia que apoyan sus creencias concretas, tales como: “soy un completo fracaso o “todos están disgustados conmigo”. Se emplea la técnica de la triple columna: se divide una página en tres columnas y en la parte izquierda de la página el paciente describe la situación o el hecho

relacionado con el sentimiento desagradable y esto sirve para ver el contexto en el que ocurrió el evento. La sección central se reserva para los pensamientos actuales y sirven como dato primario básico. En la columna de la derecha se reseña el intento activo del paciente para responder a las consecuencias utilizando las pruebas concretas de evidencias ("los hechos") y de ahí verificar la validez y la racionalidad de las creencias. El terapeuta puede ayudar al paciente a categorizar sus ideas.

A	B	C
Acontecimiento activador	Pensamientos, o creencias del suceso	Consecuencia de esas creencias
Situación o hecho relacionado con el sentimiento desagradable que ocurrió	Conocimiento actual	Pruebas concretas de evidencias

Las etapas finales de la terapia implican la identificación de las creencias y suposiciones crónicas por las que el deprimido interpreta y ordena el mundo. La creencia en los "debes absolutos" de su vida (Horney, 1950) o utilizando la terminología de Ellis (1974) la creencia en la "necesidad-perturbadora". Fundamentalmente, "los debes" o "las necesidades" son regla que el deprimido considera como absolutamente cierta en todas las situaciones y representan parte de la estructura cognitiva utilizada para ordenar sus experiencias.

Determinación de los síntomas objetivo: El terapeuta debe discutir los objetivos con el paciente, a fin de llegar a un consenso sobre el problema "objetivo", formular los problemas del paciente en términos de pensamiento e imágenes que subyacen en sus respuestas, entender cómo los signos y

síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente.

Las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio. Se establece un círculo vicioso los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación, y en general, la pasividad se refuerzan mutuamente. El terapeuta rompe este círculo vicioso seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica.

El procedimiento de centrarse en los problemas consiste en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente.

Síntomas afectivos: los pacientes depresivos reportan tristeza e infelicidad, "un sentimiento de tristeza impregna todo mi cuerpo"; el paciente experimenta este dolor psíquico, su tolerancia y su capacidad para afrontar el dolor, se sitúan a unos niveles muy bajos. Por esta razón, proporcionar al paciente un cierto alivio suele ser uno de los primeros objetivos de la intervención terapéutica. Cuando se está trabajando sobre los afectos del paciente, el terapeuta debe conocer con exactitud el significado de lo que dice el paciente al describir sus sentimientos.

CINE DEBATE

"El cine nos cuenta la historia humana superando las formas del mundo exterior – a saber, el espacio, el tiempo y la casualidad – y ajustando los acontecimientos a las formas del mundo interior – a saber la atención, la memoria, la imaginación y la emoción". (Munsterberg, 1916, citado en Jacques & Bergala 1985, Pág. 229).

El cine es un quehacer artístico, en él se resumen y se mezclan distintas disciplinas, ésta a su vez interacciona con la sociedad y la modifica, altera la visión y conducta del individuo. El cine es una herramienta que presenta el esquema cultural, de costumbres, hábitos reflejando algunas patologías.

El cine es una herramienta muy importante que se puede tomar en cuenta como apoyo, que genera cambios en las personas. En un hospital psiquiátrico, se realiza esta actividad mediante una proyección que se relaciona con la problemática de los pacientes. Este hecho hace que el interno profundice, identifique, se autoanalice y visualice claramente su problemática que está vivenciando. Esta remueve experiencias ya sean pasadas o que se están presentando en la vida actual de los mismos. Al comparar sus experiencias y lo que observan frente a la pantalla, se observan y pueden ver que es semejante a su vida, saber diferenciar esta escena de su vida y mejorar.

Se pretende que haya un cambio a partir de la observación y se identifique el paciente desde de la trama de la película. Con la dirección de un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra ayuda al paciente a recordar y reflexionar sobre el tema que se presenta en ese momento.

El cine es utilizado como medio de comunicación, arte y cultura, y sin embargo la posibilidad de plantear una aproximación al cine como instrumento de rehabilitación es algo relativamente nuevo. Ante los avances en los programas de rehabilitación de la depresión, es importante analizar desde la clínica que el éxito de éstos implica mejores niveles de socialización y calidad de vida, y es una propuesta que ayuda a elaborar una herramienta de rehabilitación más eficaz. La depresión es una patología que afecta el funcionamiento del paciente de manera general, afligiendo a su familia y su desenvolvimiento social. Ante esta realidad, el apoyo se presenta como instrumento de rehabilitación ya que posibilita en el paciente una reeducación, adquisición y recuperación de habilidades posibilitando, progresivamente, la reinserción social. El cine es un medio utilizado en el programa de

psicoeducación en el hospital, sin embargo la posibilidad de plantear una aproximación al cine como instrumento de rehabilitación cognitiva es algo no muy conocido.

La ciencia y el arte son dos actividades básicas del ser humano, con ellas se explora su exterior y su interior, alrededor de ellas se encuentran muchas otras. El cine como arte presenta un nivel de lectura estético, holístico, que toca diversas circunstancias del mundo real al mismo tiempo que explora otras circunstancias y fantasías (Salín; 1994). Si la psiquiatría no hubiera existido, entonces el cine la hubiera inventado (Ischneider, 1980; Salín, 1994).

Esta actividad a su vez interacciona con la sociedad y la modifica. Este es un concepto de lo moderno. La colectividad o sus obras alteran el patrón conductual del individuo” “Quiero proponer aquí que el cine es uno de los productos que mejor reflejan la interacción entre individuo y colectividad. La cineterapia es una herramienta que facilita el proceso de conocimiento y entendimiento de enfermedades o situaciones vitales en el proceso psicoterapéutico. Las películas pueden ser utilizadas para facilitar el entendimiento y el plan para las intervenciones terapéuticas futuras (Salín, 2001).

Cada espectador, según su personalidad y experiencia, de las entrañas de su fantasía, de la urdimbre y trama de sus asociaciones, condicionado todo ello por su carácter, hábitos y situación social, crea una imagen de acuerdo al guión representativo sugerido por el autor, que lo lleva a entender y vivir su tema. La imagen es creada por el espectador (Eisenstein, 1974).

El efecto emocional si relaciona, de manera directa, con la personalidad del espectador; es decir, entran en juego tanto el carácter como el temperamento. El efecto cognoscitivo se refiere básicamente a la ampliación, formación o modificación de los conocimientos respecto a la realidad, también incluyen la formación de expectativas y metas del mismo, así como efectos conductuales tales como el patrón de comportamiento inducido por modelos

presentados en los medios de comunicación, que incluyen la formación, modificación o eliminación de patrones de comportamiento, y de efectos ideológicos, que tienen el propósito de que el espectador internalice las premisas del orden social dominante con el objeto de formar al sujeto necesario para el mantenimiento y reproducción del sistema socioeconómico- político de que se trate (Torreblanca, 1993).

Albert Bandura y otros investigadores realizaron estudios que demostraron la efectividad del aprendizaje por medio de películas y programas de televisión en diversos experimentos de laboratorio. Bandura centró su interés en el papel del cine en el aprendizaje social. El cual se sustenta en tres características del ser humano: su capacidad de aprender por observación, su capacidad cognoscitiva para representar simbólicamente influencias externas que después utiliza para guiar su acción, y su capacidad para crear influencias autorreguladoras. (Torreblanca, 1993).

El cine es una programática, una operación mayéutica provocadora, que tiende a suscitar dialécticamente en el espectador sus capacidades de percibir y recrear el mundo. Bela Balazs es uno de los pocos que han estudiado el lenguaje del cine y en su libro que publicó en Viena en 1949 menciona que la teoría cinematográfica es la teoría artística más importante, puesto que el cine es el arte socialmente más importante. El arte cinematográfico ejerce una influencia mayor que cualquier otra forma de arte en el espíritu de las masas. El cine es capaz de transmitir mensajes al público más heterogéneo, imponiéndolos, algunas veces en contra de la disponibilidad del mismo observador, debido a la fuerza de cierto poder de la imagen capaz de superar cualquier barrera ideológica, Balázsz afirma que el film tiene que ser el conductor de una idea (Pecori, 1977).

Moreno (1977) nos indica que una obra dramática es terapéutica si es capaz de producir catarsis al público, si es capaz de modificar sus reacciones y comprensión de sí mismo, para una mejor integración a la cultura a la que

pertenecen. Y si la argumentación presenta un buen drama, es entretenida, bella y terapéutica debe producir catarsis al igual que una sesión de psicodrama tanto para los actores como para el público, en este último caso es un público inmediato y singular donde no hay repetición en cambio una película la atención se centra en públicos futuros aun invisibles.

El espectador es capaz de experimentar el proceso de roles que se cumple en el escenario, porque todo rol existente en el interior del espectador tiene dos aspectos, uno objetivo y otro privado. Greenber el psicoanalista también considera que el cine ofrece posibilidades terapéuticas. Y lo empleaba como test proyectivo, durante las primeras sesiones, interrogaba a los pacientes acerca de sus películas favoritas y, junto con otros datos se daba una idea de la personalidad del paciente (Moreno, 1977).

A través de la imaginación el espectador otorga significado a ese mundo ficticio de imágenes, buscando relaciones significativas en la sucesión de imágenes y conectándolas con experiencias vividas anteriormente por él mismo (Polo. 1996. educ@mos, Pág. 60 (2013).

El espectador va descifrando la acción a medida que ésta se va desarrollando, mediante identificaciones continuas de los hechos que traman esa acción y a partir de la relación que guardan unos hechos con otros. En cada identificación que hace, el espectador se proyecta a si mismo sobre la acción del relato, tendrá efectos sobre su conducta, su juicio crítico, su capacidad volutiva y la libertad personal. Sobre las acciones y los sentimientos que los personajes expresan el espectador proyectará así su afectividad y su conciencia, de tal modo que aquéllas pueden llegar a construir experiencias íntimas para el mismo espectador aunque sea de manera vicaria. La catarsis surge cuando el espectador proyecta sus propias expectativas sobre los hechos filmados. El resultado final es el reconocimiento de los propios ideales, tendencias que el espectador guarda en su mundo interior; se proyecta su

propia personalidad en la interpretación de los hechos de la narración de los sentimientos de los personajes (Urpí, 2000. educ@rnos Pág. 65 (2013))

MODELAMIENTO

Bandura (1973) explica que las conductas que las personas muestran son aprendidas por observación, sea deliberada o inadvertidamente, a través de la influencia de modelos. Este aprendizaje posteriormente lo interiorizamos y lo llevamos a la ejecución a nuestro ambiente. Bandura señala que los modelos pueden enseñar también lecciones más generales, observando la conducta de los demás puede uno aprender estrategias generales que proporcionen guías para acciones que trasciendan los ejemplos concretos modelados.

La influencia del modelamiento pasado alcanza algún grado de permanencia cuando pueden representarse a manera de imágenes, palabras o cualquier otra forma simbólica (Bandura, Grusec y Menlove, 1966). El ensayo mental constituye otra manera de retener lo que ha sido aprendido por observación. Las personas pueden adquirir, retener y poseer la capacidad para actuar, pero tal aprendizaje rara vez se expresará si la conducta no tiene valor funcional para ellas o si esta sancionada de manera negativa. Si en el futuro llegan a presentarse los móviles adecuados, los individuos pondrán en práctica lo que han aprendido (Bandura, 1965; Madsen, 1968).

Modelamiento Simbólico, gran parte del aprendizaje social ocurre por observación casual o directa de modelos de la vida real; sin embargo, los estilos de conducta pueden ser transmitidos a través de imágenes y palabras lo mismo que a través de acciones. El modelamiento simbólico que proporcionan los medios de comunicación masiva, especialmente la televisión o a través de una película tanto por su indiscutible predominio como por lo vívidamente que retrata los acontecimientos (Bandura & Rives, 1975).

Reforzamiento vicario: muchas veces lo que se observa varias veces, se repite inconscientemente, ya sea una canción, una palabra, máximo si es aceptado o recompensado, como ocurre con la moda (basta con ver una prenda rara que llama la atención inmediatamente, para que las personas lo repitan, se vistan casi igual). Bandura menciona que la gente se beneficia con los éxitos y los errores de los demás, lo mismo que con sus propias experiencias.

La imitación es un aspecto esencial del aprendizaje, incluso en los casos en que se sabe que hay algún estímulo capaz de suscitar una aproximación a la conducta deseada, la provisión de modelos sociales puede acortar considerablemente el proceso de adquisición (Bandura & McDonald, 1963; Bandura & Walters, 1978).

El observador puede aprender respuestas nuevas o variar las características de las jerarquías de respuestas previas, sin ejecutar por sí mismo ninguna respuesta manifiesta ni recibir ningún refuerzo directo. En algunos casos el observador puede aprender, de hecho, tanto como el ejecutante (McBrearty, Martson & Kanfer, 1961).

La teoría de la imitación propuesta por Miller y Dollard (1941) tuvo una gran aceptación. Según esta teoría, son condiciones necesarias para que se dé aprendizaje por imitación que haya un sujeto motivado al que se refuerza positivamente por copiar la respuesta correcta de un modelo en una serie de respuestas de ensayo y error inicialmente azarosa (Bandura & Walters, 1978).

Tres efectos de la observación de modelos. En años recientes ha habido varios investigadores que han llevado a cabo estudios experimentales al laboratorio. Sus estudios indican que la observación de la conducta de determinados modelos tiene tres efectos que son bastante diferentes entre sí, cada uno de los cuales se refleja en un incremento del número, amplitud e intensidad en las respuestas de emulación del observador.

En primer lugar, el observador puede adquirir respuestas nuevas que previamente no existían en su repertorio. Con el fin de demostrar experimentalmente este efecto de modelado, el modelo debe exhibir respuestas muy novedosas y el observador reproducirlas de forma sustancialmente idéntica.

Segundo, la observación de modelos puede fortalecer o debilitar las respuestas inhibitorias; estos efectos inhibitorios y desinhibitorios aparecen en estudios en los que las respuestas provocadas existen ya en el repertorio del sujeto. Desde luego, estas respuestas no tienen por qué ser exactamente iguales a las dadas por el modelo.

Tercero, es posible que la observación de un modelo provoque a veces en el observador respuestas de emulación aprendidas previamente simplemente porque la percepción de los actos de un determinado tipo sirve como "disparador" de respuestas de la misma clase. Este efecto de provocación podemos distinguirla de la desinhibición si conocemos la historia de nuestros sujetos. (Bandura & Walters, 1978).

Al aprendizaje por observación se le llama generalmente "imitación" en psicología experimental e "identificación" en las teorías de la personalidad. Pero ambos conceptos abarcan el mismo fenómeno comportamental, a saber: la tendencia de una persona a reproducir las acciones, actitudes o respuestas emocionales que presentan los modelo de la vida real o simbólica.

Rosenthal y Bandura (1978) y Rosenthal y Steffeck (1991) definen al modelo como un conjunto de estímulos organizados que un observador pueda extraer y obrar sobre la información principal aportada por los sucesos ambientales sin necesidad de realizarla de forma manifiesta. El modelado es información procesada por medio de operaciones simbólicas, más que el aprendizaje de respuestas motoras imitativas o actos simples.

El modelado puede utilizarse para aprender nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales, facilitar respuestas, aumentar los efectos de los estímulos o incrementar la activación emocional o la valencia afectiva. Las distintas técnicas de modelado difieren en su utilización según se usen con un objetivo u otro (Labrador & Cruzado, 1999).

Características del modelo

Los modelos que son más efectivamente imitados son aquellos que: 1.- Son parecidos o similares al observador en sexo, edad, actitudes y otras características: sin embargo, no es lo mismo similar que idéntico, grupos demasiado homogéneos limitan la generalización. Se debe informar al cliente de las similitudes que tiene con los modelos.

2.- Tienen prestigio para el observador. Aunque no de un estatus tan superior al sujeto que le haga sentirse incapaz de emular su conducta. El observador que ve al modelo recibir refuerzos materiales y sociales puede servir para aumentar el atractivo del modelo y centrar la atención del sujeto.

3.- El modelo ha de mostrar eficacia al realizar la conducta objetiva. Lo más acertado es que muestre un nivel de habilidad uno o dos pasos por encima del observador o un modelo que empiece desde el mismo nivel del sujeto y progresivamente mejor.

4.- El modelo es más eficaz si tiene valor afectivo para el observador. Si el observador ha realizado tareas cooperativas con el modelo previamente, o si este ha emitido reforzamiento frecuentemente al observador, ya sea de forma material o social, se optimizará los efectos de la técnica (Labrador & Cruzado, 1999).

Características del observador. Las habilidades que han de ser modeladas deben presentarse de forma ajustada a las capacidades de procesamiento y competencias previas del observador y que han de ser evaluadas previamente.

Los niveles de ansiedad del sujeto son importantes determinantes de la atención y retención de las conductas modeladas. Si se produce un nivel alto de ansiedad interferirá con el aprendizaje y será necesario aplicar técnicas de relajación previa.

Métodos de presentación del modelo: Los modelos filmados en video o películas presentan la ventaja de que se puede controlar su repetición varias veces y hacer más salientes las características básicas, así como facilitar la aplicación grupal. En casos en que han de modelarse comportamientos apropiados para hacer frente a la hospitalización o entrenar a padres o maestros en estrategias educativas, el video permite dar información y mostrar situaciones muy diversas que no podrían ser modeladas de forma directa (Labrador & Cruzado, 1999).

Procesos de Retención: Con la finalidad de mejorar la retención se han de dar instrucciones precisas de los aspectos que han de ser observados, haciendo énfasis en los aspectos esenciales y las reglas que guían la conducta. Hay que hacer que el sujeto adopte un papel activo durante la observación haciendo que codifique las conductas que emite el modelo, comente y señale los efectos más característicos de la exhibición y las reglas que sigue, o bien que repita las mismas conductas del modelo al mismo tiempo que las observa.

Procedimiento general: Habrán de definirse las metas a corto y largo plazo de la intervención. Las sesiones de modelado han de planificarse de forma que procedan paso por paso al entrenamiento de cada una de las habilidades que ha de adquirir, yendo de las más sencillas a las más complejas.

1.- El terapeuta explica la conducta o habilidad que va a ser entrenada, deberá decir en qué consiste, la utilidad y los efectos que tiene en un contexto determinado. (El terapeuta debe pedir ejemplo y opiniones a los miembros del

grupo con el objeto de asegurar la comprensión de la utilidad de la habilidad que está siendo entrenada y dar un papel activo a los miembros del grupo).

2.- El paciente debe estar moderadamente relajado. Si el paciente manifiesta ansiedad, habrá que aplicar relajación para su control

3.- El sistema de creencias erróneas del paciente a veces puede obstaculizar el entrenamiento y éstas han de ser modificadas antes del inicio del procedimiento. Propiciar una relación de confianza y de respeto mutuo.

4.- El terapeuta aportará instrucciones acerca de los aspectos a los que ha de atender el paciente: a) los estímulos situacionales presentes; b) los aspectos relevantes de la conducta del modelo, y c) las consecuencias de dicha conducta.

5.- El modelo debe demostrar las acciones deseadas y describir verbalmente lo que está haciendo y las consecuencias anticipadas.

6.- El terapeuta debe pedir al paciente o pacientes que describan la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuentes. El terapeuta puede pedir al paciente que resuma las características o reglas fundamentales que sigue el modelo, así como pedirle que enuncie otras respuestas alternativas adecuadas en otros ejemplos de conducta.

7.- El terapeuta instruye al paciente para que lleve a cabo la práctica de lo observado en la sesión.

8.- Es conveniente entrenar el modelado encubierto, llevando a cabo ensayos cognitivos de las conductas entrenadas, para facilitar el recuerdo de las reglas aprendidas y aumentar la autoeficacia del sujeto. (Labrador & Cruzado, 1999)

Para que la técnica sea precisa se requieren las siguientes condiciones:

- a) La exposición en video debe contener las fases por las que ha de pasar el sujeto de forma realista. La exposición de un material exageradamente optimista tiene efectos muy negativos.
- b) El modelo ha de ser similar a los sujetos y debe ejemplificar como afrontar cada una de las dificultades que se van presentando, dando autoinstrucciones positivas.

En esta técnica el sujeto aprende o modifica patrones por medio de la observación de su propia conducta. Para su aplicación se requieren los siguientes pasos: presentar un film que sea muy parecido a su conducta o reacción para discutir los inconvenientes.

Las técnicas de modelado son útiles y eficaces en áreas educativas, clínicas y preventivas, sus posibilidades de aplicación a niveles grupales y comunitarios las hacen ventajosas en términos coste/beneficio (Nelly, 1987; Caballo, 1988; Liberman De Risi & Mueser, 1989. Labrador & Cruzado, 1999).

En trastornos psicopatológicos

- a) Instaurar repertorios de conductas de autocuidado
- b) Mantenimiento y restauración de habilidades cognitivas.

En habilidades sociales

- a) Entrenamiento en asertividad

Según Bandura (1973), la primera fase del aprendizaje por observación es la adquisición o aprendizaje de una respuesta. Para que la persona aprenda es necesario que preste atención y perciba las características de la conducta del modelo. Se asume que durante el proceso de observación, el observador adquiere imágenes y representaciones verbales (cogniciones) de la conducta del modelo que luego se codifican, organizan y ensayan para facilitar su almacenamiento en la memoria. Para que el aprendizaje se dé no es necesario

que el observador sea reforzado durante la fase de adquisición ni que lleve a cabo práctica alguna.

La segunda fase del proceso se refiere a la ejecución de la conducta por el observador. Para ello el individuo ha de iniciar las acciones apropiadas a partir de las representaciones simbólicas que tiene, y ha de estar motivado para hacerlo.

Bandura señala tres grandes efectos del aprendizaje. El primero implica tanto la adquisición de nuevas habilidades como su puesta en práctica. El segundo se refiere a las conductas que han sido adquiridas y llevadas a cabo, y están sometidas a algún tipo de inhibición. En estos casos, el efecto, deseado puede ser bien desinhibir la ejecución, bien inhibirla.

El aprendizaje de conductas nuevas o de patrones de conducta integrados se denomina efectos de aprendizaje por observación. Este efecto permite una variedad de aplicaciones, como enseñar habilidades sociales básicas a personas socialmente incompetentes, entrenar a niños autistas o retrasados en los elementos básicos del habla, y facilitar las habilidades necesarias en pacientes psicóticos hospitalizados para que puedan reintegrarse a la sociedad.

Factores que mejoran el modelado, factores que mejoran la adquisición y la ejecución. Según Bandura, para que se dé adquisición el observador tiene que atender a las conductas relevantes del modelo y procesar y retener las observaciones.

Factores que mejoran la adquisición (aprendizaje y retención)

A. características del modelo:

- Semejanza (sexo, edad, raza, actitud, padecimiento)
- Prestigio para el observador

- El modelo ha de mostrar eficacia al realizar una conducta objetiva
- El modelo es más eficaz si tiene un valor afectivo para el observador

B. características del observador:

- Capacidad para procesar y retener la información
- Nivel de ansiedad

C. características de la forma en que se presenta el modelo:

- Modelo simbólico (película)
- Varios modelos
- Modelo de habilidades progresivas
- Procedimientos graduados
- Instrucciones
- Resumen realizado por el observador
- Comentario de características y reglas
- Comentario de lo que entendió y no, debatir (Labrador & Cruzado, 1999).

La importancia de la observación que se le da a una película, como modelo simbólico es para modificar reacciones, puede ser de gran ayuda para la comprensión de sí mismo de la misma manera para analizar y comprender a los demás.

Descripción de Procedimientos de cine debate:

Objetivo específico:

Reunir alrededor 10 a 15 personas que tengan un problema similar para generar mayor apoyo al visualizar con más claridad la proyección logren externar comparar su problema, ya que al analizar el tema hay más posibilidad de que se beneficien mediante las dos sesiones que se van a presentar.

Objetivo General de esta exposición es:

Que a partir de la observación de la película el paciente logre comprender el drama que está vivenciando, y muchas veces recrea su situación mediante este ambiente que se está exponiendo.

Sesión 1:

Exposición del Apoyo Terapéutico

Tema

Se pretende que haya un cambio a partir de la observación y se identifique el paciente a partir de la trama de la película, se invita al grupo o a los pacientes a vivenciar y reflexionar sobre el tema que se presenta en ese momento.

Técnica

- Presentación; nombre de cada uno que conforma el grupo, hablar sobre su ocupación, su problemática, etc.
- Establecer compromiso en el grupo de asistencia, confidencialidad, tolerancia, tanto en el tiempo que es asignado para que cada uno tenga la oportunidad de hablar como en el respeto mutuo sobre las experiencias y opiniones de cada uno del grupo, y guardando silencio mientras se está proyectando la película, haciendo preguntas al final de la proyección.

Material

- Una sala con sillas adecuadas, iluminada sin ruido y bien ventilada.
- Un pizarrón
- Plumones
- Un tema a analizar
- Una película
- Un televisor
- Un video para proyectar

Sesión 2:

Tema

Seguimiento del tema presentado

Técnica

Debatir con preguntas, lluvia de ideas

- Reconocer el tema de lo que se va a proyectar con la finalidad de distinguir lo patológico o lo perjudicial como lo que en un momento dado ayude a estos pacientes a comprender mejor y solucionar su problema.
- Que a través de lo observado se haga una reflexión, y por lo tanto se dé un aprendizaje.
- Que cada uno exprese lo que observa y en qué se relaciona con su vida personal con respecto a su padecimiento o problema
- Plantear cómo se asumiría si fuera el protagonista
- Reconocer los síntomas del personaje y si coinciden con el tema
- Si hay una identificación con alguna escena en especial
- Si recuerdan haber hecho algo semejante, ahora que ya han observado si lo volverían hacer
- En qué les gustaría mejorar
- En qué se sienten que se les dificulta o en dónde se sienten detenidos
- Cómo les hubiera gustado que fuera
- Finalmente lluvia de ideas sobre el tema con la ayuda del terapeuta
- Cierre: que se aprendió sobre el tema con respecto a su propia experiencia
- De qué trató la película

Material

- Una sala con sillas adecuadas, iluminada sin ruido y bien ventilada
- Un pizarrón
- Plumones
- Un tema a analizar
- Una película
- Un televisor
- Un video para proyectar

PELÍCULAS OBSERVADAS Y ANALIZADAS

a) Depresión:

“Las Horas” ejemplifica tres formas distintas del trastorno de la depresión en tres personajes femeninos.

Esta película presenta tres argumentos distintos en una complejidad de cuestionamientos existenciales: la enfermedad, la tristeza, la soledad, la locura, la muerte, la libertad, la responsabilidad y la elección. Presenta la forma como las personas viven su vacío existencial, las decisiones agudas y profundas que la gente hace, y el costo de esas decisiones en busca de la felicidad.

Las tres mujeres quieren encontrar algo que dé sentido a su vida para poder salir de su propio vacío que las llevó a la soledad, melancolía y desesperación. Las Horas es un valioso material que ofrece la oportunidad de seguir encontrando y explorando la profundidad de la naturaleza del ser humano. Es una novela basada en hechos reales sobre la vida de Virginia Wolf.

“Mr. Jones” El Gran seductor, ejemplifica el trastorno bipolar

Es un hombre que padece de trastorno afectivo bipolar, es decir, que pasa por fases de profunda depresión y por fases de una euforia desmesurada. Además, Jones es una persona de inteligencia sobresaliente pero infeliz, ya que no puede normalizar su vida.

Jones, consciente de que necesita tratamiento, se interna en una clínica psiquiátrica por uno de sus episodios, ya que había intentado “volar como un avión” desde un tejado. No es disciplinado en tomar las medicinas y ocasiona más de un altercado en el interior de la clínica.

b) Esquizofrenia:

“Claruscuro” Que ejemplifica el trastorno Esquizoafectivo

Desde el principio se ve a una persona con un dialogo muy alterado y rápido, con pensamientos que parece, no puede controlar, de hecho tiene que pasar de un tema a otro muy rápido, (una manera que lo ayuda a evitar quedarse fijado en algo). Su cerebro no tiene la capacidad de ir quitando poco a poco la tensión, por lo que tiene que saltar de un tema a otro y mientras más se le alimente la tensión, más va a generar.

Se observa que el personaje regresa al pasado recordando cuando era niño, como tocaba el piano y saliendo de la competencia, el papá va adelante,

él va atrás mostrando la jerarquía de que el padre es mucho más importante y él moviéndose divertidamente en la acera pero con la cabeza hacia abajo.

“La isla Siniestra” Dónde se muestra el trastorno de la psicosis, el estrés postraumático y la depresión.

La película se inicia con un viaje en ferry que realizan los agentes federales Ted Daniels y Chuck Aule hacia la isla Shutter, dónde se encuentra ubicado un sanatorio-prisión para criminales con desórdenes mentales.

Al arribar en la isla los agentes federales son recibidos por el personal de seguridad quienes les indican las medidas cautelares que deberán acatar durante su estadía. Más tarde, son dirigidos hacia el consultorio del médico psiquiatra Doctor Cawley quien los pondrá en conocimiento de la supuesta desaparición de una interna que asesinó a sus pequeños hijos y que ha escapado sin dejar rastros. Durante el desarrollo de la investigación ambos agentes se encontraban rodeados de psiquiatras, sagaces y peligrosos pacientes psicóticos que harán sospechar a Ted Daniels de una posible conspiración en su contra.

Acercándonos al final del film se producirá un giro en el argumento de la película revelándose el secreto: Ted Daniels es un veterano de guerra y ex alguacil federal, actualmente es paciente psiquiátrica del hospital. De acuerdo con el médico psiquiatra, Ted Daniels presenta un cuadro de alucinaciones y desarrolla sucesos imaginarios para no enfrentar la realidad de sus actos. Su compañero Chuck Aule es, en realidad, su médico psiquiatra y el doctor Cawley, miembro del consejo directivo. Este último es quien pone en marcha la más radical escena simulada que se hubiera intentado en psiquiatría con la finalidad de confrontar a su paciente con su verdadera identidad “Andrew Laeddis” y con ella recuperar su historia como último intento para lograr “la cura”.

“El Solista” Es una película que ejemplifica del trastorno de la esquizofrenia, y el deterioro que puede causar al padecer esta enfermedad. Es muy difícil que el enfermo reconozca su padecimiento.

Se trata de un columnista llamado Steve López que estaba buscando sobre qué escribir y en la calle encontró a un indigente que se llama Nathaniel. Un día Steve López pasó bajo un puente, volvió a ver al indigente, él estaba tocando el violín, por eso tuvo que esperar que terminara de tocar para hablarle, Steve decidió escribir sobre Nathaniel. Descubrió que cuando Nathaniel era niño iba a una famosa escuela de música pero no terminó sus estudios y le encantaba tocar el violonchelo. Él publica la primera parte de la historia de Nathaniel. Una señora con artritis leyó su historia se conmovió tanto que decidió regalarle su violonchelo porque no lo podía tocar más. Nathaniel sufre de esquizofrenia la cual lo hace escuchar voces en su mente y tener actitudes agresivas, Steve intenta ayudarlo pero Nathaniel se rehúsa porque para eso lo debían internar en un manicomio un tiempo y Steve descubrió que por más que intentara ayudarlo él lo único que podía hacer es darle su amistad.

“El club de la Pelea” En ésta se muestra el trastorno de la psicosis, se observa la alteración de la realidad que sufre el que padece esta enfermedad.

Son muchas personas que buscan descargar su energía, odio, rabia, etc. En una pelea que les produce un sentimiento de liberación que les ayuda a romper esa pared o rutina que sienten. Pueden ser hombres enfermos que ven una ilusión de vida o algo semejante. Hay tres personajes importantes: Tyler, Jack, Marla. Estos tres personajes tienen algo en común, los tres tienen carencias; falta de cariño y de valores, donde pasan en primer plano sus ideas, hábitos, y vicios. Jack que es el personaje principal era el líder de este club, Jack ve como líder a Tyler, pero realmente Tyler y Jack son una sola persona. Como líder Jack se preocupa de efectuar distintas actividades para el club; éstas podían ser provocar problemas y peleas en las calles, hasta hacer explotar decenas de edificios. Todo esto va con la idea de sacar a mostrar esa

furia interior que tiene los miembros de este club contra la sociedad en la que se encuentran. Jack es una persona débil y de valores muy frágiles, que le obedecen en todo a Tyler, quien lleva a romper los límites de una vida normal.

“Una Mente Brillante” Es una película dónde ejemplifica el trastorno de la esquizofrenia, que podría ser definida como una alteración crónica y degenerativa del pensamiento, la percepción del estado del ánimo.

Esta patología se caracteriza por la presencia de ideas delirantes y paranoides las cuales aparecen junto a alucinaciones perceptivas de carácter visual y auditivo. La de tipo paranoide, la más prevalente, ha quedado plasmada en el personaje que interpreta al matemático Jhon Nash, cuya vida se muestra en la película “una mente maravillosa”. La personalidad del matemático se caracteriza por el retraimiento, la excentricidad, el aislamiento, la introversión y la extravagancia. Destaca también el deterioro del lenguaje del protagonista y su profunda desconexión con respecto al medio en que vive.

c) Trastorno biológico

“Los Impulsos de Michelle”. Ejemplifica el trastorno de desorden orgánico.

Dónde se observa cuáles son los hábitos de la persona antes y después del accidente y lo difícil que puede resultar enfrentar este problema a nivel familiar, social, así como deterioro que va presentando la persona de la lesión.

d) Adicciones:

“Réquiem por Un Sueño”. Película que ejemplifica el consumo y abuso de sustancias.

Perjudicando seriamente la salud y provocando una serie de problemas. Nos muestra como cada uno de los personajes se van alejando de sus sueños por el uso de estupefacientes hasta llegar a un nivel caótico donde sus vidas se ven amenazadas. Los principales estelares son Harry Goldfarb, su madre Sara Goldfarb, su novia Marión y su amigo Tyrone. La historia se divide en tres estaciones: verano, otoño e invierno y comienza en verano con la señora Goldfarb viuda que pasa la mayor parte del tiempo sentada frente al televisor viendo programas de superación personal y recomendaciones para llevar una vida mejor. Su otro entretenimiento es la comida, la cual según ella le ha dejado con sobrepeso. Las anfetaminas dan resultado pero a medida que pasa el tiempo la señora Goldfarb las usa con más regularidad, lo que le provoca desagradables alucinaciones y le hacen entrar en un estado caótico y deplorable. Desde entonces lleva siempre puesto el vestido rojo. Al llegar el invierno, la señora Goldfarb va a preguntar porque no le llaman del programa, donde al ver su deplorable estado llaman al hospital para después ser internada. La señora recibe descargas de electroshoks que la alejan de la realidad. Harry, huérfano de padre, drogadicto.

e) Violencia familiar:

“Preciosa” Ejemplifica la violencia en la familiar.

Cuenta la historia de una adolescente negra , obesa, casi analfabeta llamada Claireece “Precious” Jones, que ha sido violada por su padre, ya ha tenido una hija con síndrome de Down y espera otro, “Preciosa” vive atada de pies y manos a su madre, una mujer enojada que abusa de ella física y emocionalmente.

La escuela donde asiste Preciosa la envía a otra escuela, alternativa, a causa de su segundo embarazo, dónde una profesora joven, se interesa por ella y le dice que sea ella misma. Incluso te consigue un lugar dónde vivir lejos

de la casa de la abusiva madre las compañeras de la escuela y la profesora son el nuevo grupo de pertenencia de ella.

Cuando parece que Preciosa saldrá finalmente adelante, llega su madre y le dice que su padre tiene SIDA y ha muerto. Su madre no se ha contagiado pero Preciosa sí. Tantas dificultades juntas no parecen abatir a Preciosa, ella no se dará por vencida. Este maltrato intrafamiliar es visto como algo normal en estas familias además de carencia de empleos para personas de bajo nivel educativo genera más pobreza, es decir que la pobreza genera más pobreza.

"Te Regalo "Mis Ojos" Esta ejemplifica la violencia de pareja.

Pilar es una víctima más de los malos tratos conyugales, que intenta rehacer su vida y empieza a trabajar como cajera de visitas turísticas en la iglesia que alberga el cuadro El entierro del Conde de Orgaz. A través de su nuevo trabajo comienza a relacionarse con otras mujeres. Antonio, su marido, emprende su busca y su recuperación, promete cambiar y busca ayuda en un psicólogo. Pilar le da otra oportunidad a su marido. Con la oposición de su hermana, que es incapaz de entender su actitud. A pesar de los esfuerzos de Antonio por seguir los consejos de la terapia, su personalidad violenta e inseguridades le pueden y acaba desnudando y humillando públicamente en un balcón a su mujer.

"Durmiendo con el enemigo". Esta película nos muestra la violencia que se presenta en una unión de pareja.

Laura soporta los malos tratos, humillaciones y una relación física que la asquea, hasta que concibe un plan para escapar. Durante una tormenta en el mar se tira al agua fingiendo ahogarse. Una vez dada por desaparecida, inicia una nueva vida en una lejana ciudad. Su tranquilidad termina cuando Martín descubre, por casualidad, que sigue viva. A partir de ese momento, el desequilibrado esposo inicia una implacable persecución de Laura a través de un clima estremecedor lleno de suspenso. Esta película representa claramente

uno de los motivos del divorcio es el maltrato físico y psicológico que puede haber entre los cónyuges en este caso la Laura y Martín, en donde Martín se aprovecha del temor de su esposa para someterla ante sus órdenes.

Este film denuncia las atrocidades que pueden hacer los hombres dominantes y maltratadores, y lo que puede resistir una mujer por miedo ante las agresiones de su marido.

“La Guerra de los Roses”. Ejemplifica la violencia de pareja.

Un abogado especializado en divorcios le cuenta a su cliente la historia de un matrimonio, los Rose, cuya idílica relación en un comienzo no presagiaban las auténticas crueldades que iban a tener lugar entre ellos al desmoronarse su relación. Los Rose son una pareja feliz que vive con gran lujo y ejerce una vida social brillante. Todo parece ir bien hasta que un día su vida se derrumba. Comienzan los trámites para el divorcio, por lo que ambos se enfadan aún más el uno con el otro y se desencadena una dramática lucha entre ambos para conseguir la adjudicación de la casa. Esta lucha se ve de una forma exagerada y los personajes muestran comportamientos auténticos psicópatas. Su relación va degenerando hasta que todo el amor que sentía uno por el otro se convierte en odio desencadenando, lo que va llevando a los personajes poco a poco hasta su propia autodestrucción. Esta excelente película nos muestra la más cruel y salvaje pelea de una pareja que lucha por quedarse con los bienes conseguidos durante su matrimonio, y los cuales, no están dispuestos a perder en el divorcio. A medida que transcurre la película, las escenas de violencia entre los esposos va en aumento; el espectador se enfrenta a situaciones de humor negro y se cometen tantas locuras, y atropellos que incluye con lo único que podía pasar: la muerte de ambos.

Para descanso de los temas complicados se les invitaba a los pacientes a ver otro tipo de films, que tienden a ser cómicas hacen reír y relajan como:

Gigol por Accidente.

Mi novia poli.

“Zoolander”.

La importancia de las películas

En este ámbito durante las sesiones se observaba: la motivación, la participación en las opiniones del grupo y se generaba confianza para enfrentar situaciones y al mismo tiempo se mostraban mucho más informados uniendo lo que habían aprendido en clase de psicoeducación con lo que observaban a través de la película. Por otro lado se distinguía el cambio al interactuar entre ellos, por la forma de expresar su punto de vista.

Por ejemplo una paciente X de 42 años que estaba en proceso de recuperación al observar la película “La isla siniestra” me dijo: “no quiero ver esa película porque me da mucho miedo, veo que así me pasaba a mí, mi hermana me dice que repito muchas cosas, y a mí se me olvida que ya lo había dicho”, además “hago cosas que no recuerdo”, Le contesté a la paciente; no se preocupe están los médicos y nosotros acompañándole, no le va a pasar nada. Al terminar la película la paciente participó diciendo: “al principio me dio miedo pero conforme fue avanzando la escena comprendí mejor, es que realmente eso pasa, uno piensa que es real, como por ejemplo el teniente Daniels, él no recuerda de su identidad, él piensa que está en lo correcto y vive su delirio como real”.

Otro paciente decía “cuando yo estaba pasando por esta situación, yo no recordaba muchas cosas, pero si llegué a pensar que los demás exageraban de mí, pensé que era real lo que yo estaba viviendo, porque yo estaba muy creída que era una actriz muy famosa y todos querían verme, sentía que me miraban desde la azotea, yo me escondía y los insultaba decía muchas groserías hasta que un día mis familiares me trajeron, que bueno que lograron traerme, porque iba cometer alguna locura como la esposa del teniente Daniels, ella tenía depresión y no se atendió hasta que se psicotizó, cada que

veo este tipo de películas me recuerdo como si hubiera sido en ese momento real, sin embargo, era solo mi imaginación”.

Ejemplo de otro paciente que tenía alrededor de 38 años de edad, al ver la película “Una mente Brillante” hay una parte dónde John Nash decide no tomar más sus medicamentos al observar a su esposa que demandaba atención y él no podía corresponderle de la misma manera por los efectos secundarios del medicamento. Al ver la desesperación de ella el prefirió guardarlos y no consumir más, esta actitud detonó su deterioro ya que volvieron sus alucinaciones. Este paciente comentó “es muy importante seguir las indicaciones de los médicos ya que uno puede empeorar si no sigue las instrucciones y también es muy importante que la familia comprenda y venga a la clase de psicoeducación de familiares, ya que es la forma en que nos puede ayudar entendiendo nuestra enfermedad”.

Integrarse como observador participante a la dinámica grupal del cine-debate al ver el interés que se manifestaba en esta área. En cine-debate, se pueden analizar las intervenciones terapéuticas sobre la depresión. La finalidad es presentar una propuesta de este tipo para que se trabaje la depresión a partir de la realización de una proyección a nivel grupal.

Intervención a través del análisis del cine

A continuación se describirá como se puede abordar desde el punto de vista de la Terapia Racional Emotiva

A	B	C
Acontecimiento	Creencia	Consecuencia



Donde "A" es el acontecimiento vivenciado, B es la creencia activada por la situación desencadenante y "C" son las consecuencias tanto emocionales como conductuales. El terapeuta debe mantenerse participativo, activo, directivo en la sesión terapéutica, bajo condiciones de sostener una actitud positiva que ofrezca un efecto de modelado adecuado para un aprendizaje.

Una vez elegido el tema a trabajar, se proyecta la ejecución de la escena en la tele. Después de observar la película se propone la alternativa de solución ante el problema planteado analizando de acuerdo con la tabla anterior se analizan las ideas irracionales o rígidas que hacen sufrir al paciente, esto se conoce a partir de como construye sus pensamientos con la ayuda del cuadro que se está mencionando. Las preguntas se generan dentro del grupo, se discute "los pros y los contras", para que cada uno exponga su conclusión y se proceda al cierre de la sesión.

La finalidad del trabajo es para que el participante comprenda, recuerde y exprese lo que ocurre en la película procurando profundizar y ampliar lo que se ha observado con aportes de los mismos pacientes y del equipo terapéutico. Las preguntas pueden ser: ¿Qué le gustó más?, ¿Qué no le gustó?, ¿Qué opina de tal personaje?, ¿Qué opina de los síntomas del personaje?, ¿Coincide con algún síntomas de tal enfermedad?, ¿se identifica usted con alguna escena en especial?, ¿Se acuerda de haber hecho algo o sentido algo semejante? ¿Ahora que lo puede observar volvería a repetir tal escena?, ¿Qué haría para no repetir?, ¿Cómo le hubiera gustado que terminara?, ¿Qué le hubiera gustado cambiar? ¿Les parece familiar alguna escena en especial?, Comente brevemente de qué trató la película (argumento). Se le pide al grupo comparta su experiencia con sus compañeros y discutir lo que para el grupo es importante y enriquecedor.

VII. CONCLUSIÓN

El participar en el psiquiátrico con pacientes, fue una gran experiencia interactuar con los internos ya que adquirí habilidades que resultan enriquecedoras. Estas actividades me ayudaron a desarrollar varios elementos como el conocimiento para trabajar en el ámbito profesional. La prestación del Servicio Social en un área que cuenta con varias disciplinas como es el Hospital Parcial me permitió ampliar y conocer más acerca de los temas de mi interés, además de poder utilizar éste conocimiento posteriormente como una buena herramienta para poder ayudar a futuros pacientes.

Aprovechar que los pacientes se sienten identificados, apoyados, comprendidos al saber que otros están padeciendo lo mismo que ellos ya no se sienten aislados en su situación sino acompañados con el tema de cine debate. Considero que es un vehículo de suma importancia que conduce a los pacientes a abrir sus sentimientos para comentar lo que sienten y lo que viven, es un conducto que facilita comprender actitudes reacciones por lo que ellos deciden cambiar o modificar su conducta, por eso resulta útil el cine, ligando siempre con el tema de nuestro interés.

Con base en el análisis realizado se puede concluir que el proyecto cine debate permite al paciente observar, reflexionar y comparar la escena acerca de sus propias reacciones ante un padecimiento que está viendo a través de la pantalla, como una oportunidad de reflejo ayudado por un psicólogo/a para superar lo que no le permite avanzar como explicar las ideas irracionales que subyacen en el pensamiento.



CONSIDERACIONES FINALES

Dentro de los antecedentes investigados no aparece bibliografía específica del uso del cine como apoyo terapéutico, desde una perspectiva Terapia Racional Emotiva; por lo tanto es muy importante investigar más esta práctica clínica y con una apertura de más sesiones para discusión.

VIII REFERENCIAS

- Aros, C. (2005) "*Vivir sin Depresión, Como Recuperar la Energía y el Entusiasmo*". España. Ed. Océano Ámbar
- Beck A. y Rush A., (2006) "*Terapia cognitiva de la Depresión*" Bilbao España. Ed. Descleé de Brouwer.
- Beck A., y Shaw B., (2003) "*Manual de Terapia Racional Emotiva*". Bilbao España. Ed. Descleé de Brouwer
- Bandura A. y Rives E. (1975) "*Modificación de conducta y análisis de la agresión y la delincuencia*". México. Ed. Trillas.
- Bandura A., Walters R. (1978) "*Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*". Madrid España. Ed. Alianza S.A.
- Eisenstein S. (1974) "*El Sentido del Cine*". Buenos Aires Argentina. Ed. Siglo Veintiuno
- Ellis A., Laren, Mac C., (2004) "*Las Relaciones con los Demás Terapia del Comportamiento Emotiva Racional*", España, Ed. Océano Ámbar.
- Ellis A., y Abrahms E. (2005) "*Terapia Racional Emotiva*". México Ed. Pax
- Ellis A. Grieger R., (2003) "*Manual de Terapia Racional Emotiva*", Bilbao España. Ed. Descleé de Brouwer.
- Folleto, "*Aniversario*" Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. SSA.
- Folleto, (1973) "*Secretaria de Salud*" Hospital Fray Bernardino Álvarez

Folleto, (1967 - 1997) *"Una Reseña Histórica de la Psiquiatría"* en México.

Folleto, *"Cortesía Organon"* de Psiquiatría, al sector de la salud Mental.

Folleto (1988) *"Concepto de Salud, Enfermedad"*. Directorio de Unidades para la Prestación de Servicios de psiquiatría y Salud Mental a Población Abierta, México. Depto. De Programas de Salud Mental.

Folleto, (1983) *"Secretaría de Salubridad y Asistencia"* Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Salud Mental.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, (2009). *"Manual de Organización interno"*.

Jacques A., Bergala A., & Vernet, M. (1985) *"Estética del cine"*. México Ed. Paidós,

Jiménez O. (1972) *"Bernardino Álvarez, su Vida y su Obra"*, México. Biblioteca Médica

Kramlinger K. (2002) *"Guía de la clínica Mayo Sobre Depresión"*. Rochester Minnesota. Ed Plaza Danés,

Labrador F. & Cruzado J. (1999) *"El manual de técnicas de modificación y terapia de conducta"*. España. Ed pirámide

Moreno J. L., (1977) *"Psicomúsica y Sociodrama Cinematografía y T. V. Terapéutica"*, Buenos Aires Argentina. Ed. Paidós

Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-(1994), Para La Prestación De Servicios De Salud En Unidades De Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica.

Pecori F., (1977) *"Cine, forma y método"*. Barcelona España. Ed. Gustavo Gili. S.A.



Revista "Psiquis". mayo/ junio vol. 4, núm. 3/(1995). México. Hospital Psiquiátrico

Revista educ@rnos. (2013) ISSN 2007-1930, año 3, núm. 9 abril-junio, 2º aniversario

Salín-P. R., (2009) "*Cineterapia: La Psiquiatría y el psiquiatra a través de las películas*" México. Ed. Alfa Futuro.

Salín-P. R., (1994) "*Diván el Terrible El Psiquiatra en el Cine*" México Ed. Neuron.

Torreblanca N. O., (1993) "*Cine y Psicología, Fenómeno Cinematográfico visto desde una perspectiva psicológica*". México D. F. Ed. Consejo Nacional para la Cultura.

Urbina S. (1989) "*El Psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*", Universidad Nacional Autónoma de México

Vázquez C., (2002) "*Técnicas Cognoscitivas de Intervención Clínica*". España Ed. Síntesis



Universidad Veracruzana
Instituto de Estudios de
México

IX ANEXOS



SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



Servicio de Hospital de Día

Formato de Crónicas

Actividad: _____

Fecha: _____ N° de sesión: _____

Asistentes: _____

Faltas: _____

Resumen de Actividad:

Observaciones:

Firmas: _____

	Total	Hombres	Mujeres
Núm de pac. Actuales			
Núm. de Pacientes ingresados			
Núm. de Pacientes egresados			

Procedencia	Hospitalización	C. Externa	Otros
-------------	-----------------	------------	-------

1. Actividades Individuales con Pacientes

	No. de Sesiones	Hombres	Mujeres
Entrevistas de Valoración 1 era Vez			
Entrevista de Valoración Subsecuentes			
Entrevista Valoración Egreso			
Aplicación de Instrumentos Clinimétricos (por sesión)			
Asistencia Terapéutica Individual			
Total			

1.1. Actividades Psicoterapéuticas Grupales con Pacientes

	No. de Sesiones	Hombres	Mujeres
Grupo Psicoeducativo A			
Grupo de Psicoterapia II			
Afrontamiento de Problemas C			
Cine Debate I			
Cine debate II			
Total			

1.1.1. Actividades de Rehabilitación

	No. de Sesiones	Hombres	Mujeres
Taller de Teatro A			
Taller de Música C			
Total			

1.V. Actividades con Familiares

	No. de Sesiones	Hombres	Mujeres
Grupo Psicoeducativo A			
Grupo Psicoeducativo D			
Total			

Entrevista de Valoración 1era Vez			
Entrevista de Valoración Subsecuentes			
Entrevista Valoración Egreso			
Aplicación de Instrumentos Clinimétricos (por sesión)			
Total			

Rango de Edades	Hombres	Mujeres
A. 15 a 19 años		
B. 20 a 29 años		
C. 30 a 49 años		
D. 50 a 59 años		
E. 60 y más		
Totales		

Actividades Día Viernes

	Total	Hombres	Mujeres
Actividades Lúdicas			

Actividades de Psicología

No. Sesiones	Nombre de la actividad	Total	Hombres	Mujeres
	Entrevistas			
	Integraciones			
	Estudios de Psicodiagnóstico			
	Terapia Individual			
	Actividades Grupales Pacientes			
	Actividades Grupales Familiares			
	Otras Actividades			
	Total			