



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN
DE LA FUENTE MUÑIZ"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GABRIEL MOLINA OLIVARES

DIRECTORA:

DRA. LUZ MARÍA ROCHA JÍMENEZ

REVISORAS:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

MTR./A. LILIA JOYA LAUREANO



MÉXICO, CIUDAD UNIVERSITARIA 2016.



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida, por estar siempre conmigo en cada momento, por ser mi fortaleza ante las adversidades del día a día. Gracias por dejarme cumplir mi sueño de estudiar en la máxima casa de Estudios. Por ser mi Ángel que siempre me acompaña en todos los momentos de la vida.

A mi familia porque siempre han creído en mí, por todo su apoyo, por cada uno de sus alientos para que este trabajo se hiciera posible. Padres gracias por el amor incondicional, por cada uno de esos desvelos que vivieron junto a mí, por cada esfuerzo que hicieron para que esto fuese nuestro logro. A mis hermanos por el aliento infinito, por la lealtad que siempre han mostrado, por cuidarme en todo momento, por sus consejos que siempre me han dado y sobre todo por creer y confiar en mí. Gracias Familia!

A la Dra. Luz María por creer en este proyecto desde que el primer día, por cada una de las enseñanzas tanto profesionales como personales. Gracias por la dedicación, paciencia, esfuerzo e interés que mostro para que este sueño mío se hiciera realidad.

Amigos gracias por su valiosa amistad que siempre me han brindado, por ser parte de mi vida, por los buenos consejos y enseñanzas que siempre me han dado, gracias a cada uno de esos amigos que formaron parte de mi trayectoria universitaria. A mis amigos de la preparatoria por su gran amistad, por esa lealtad que siempre han mostrado conmigo. Gracias Ely por ser esa persona tan especial que siempre ha estado conmigo, por creer en mí, por ser mi vida, por esos momentos juntos que vivimos, por enseñarme a ver la vida y la psicología de diferente manera, por esos sueños y metas que cumplimos juntos.

A la gloriosa Universidad por mí por formación profesional y personal, por bríndame un mundo lleno de enseñanzas y conocimientos.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ	7
1.1 ANTECEDENTES	7
1.2 ESTRUCTURA DEL INSITTUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”	10
1.3 SALUD MENTAL	26
CAPITULO II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.	33
2.1 TRABAJO REALIZADO EN EL ÁREA DE TERAPIA CREATIVA	33
2.2 OTRAS ACTIVIDADES	57
2.3 MIS CONCLUSIONES COMO PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL EN EL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA.	59
CAPITULO III. PROPUESTA AL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA	63
3.1 PROPUESTA DE ACTIVIDADES FÍSICAS	65
3.2 EXPEDIENTES CLÍNICOS	77
3.3 CREACIÓN DE EXPEDIENTES DEL ÁREA RECREATIVA	77
CAPITULO IV. ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO	78
4.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS	81
4.2 MODALIDADES DEL EJERCICIO FÍSICO	82
4.4 EJERCICIO FÍSICO Y DEPRESIÓN	87
4.4 EJERCICIO FÍSICO Y ANSIEDAD	89
4.5 EJERCICIO FÍSICO Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO	92
CONCLUSIONES:	99
ANEXO “A” FORMATO DE ENTREVISTA CLÍNICA	102
ANEXO “B” FORMATO DE ACTIVIDADES DIARIAS	106
ANEXO “C” EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA	109

TERAPIA RECREATIVA	110
ANÁLISIS PSICOLÓGICO	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue reportar el Servicio Social presentado en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Durante mi estancia tuve una experiencia Profesional que considero importante dar a conocer para los posteriores Profesionales en Psicología y para el público en general, que les interese entender la solución de la población psiquiátrica. Comienzo presentando la organización de dicha institución, deteniéndome más a explicar sobre el área de Terapia Recreativa lugar donde realicé mi estancia de Servicio Social. Posteriormente describo cada una de las actividades e intervenciones que se llevaron a cabo en el área Recreativa. Hablo sobre la importancia y los efectos que se tiene cuando se realiza una rutina de Ejercicio Físico bien estructurada para cada tipo de paciente.

Finalmente concluyo este trabajo realizando un Propuesta para el área de Terapia Recreativa con el objetivo de que la actividad de Ejercicio Físico tenga una mejor organización y con esto se esperaría que obtengan mayores beneficios para la rehabilitación de los pacientes con trastorno Depresivos y de Ansiedad.

Palabras claves: Terapia Recreativa, Ejercicio Físico, pacientes Psiquiátricos, Trastorno Depresivo, Trastorno de Ansiedad.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico es importante para la salud física y mental, lo que se esperaría que los profesionales de la salud fueran quienes proporcionaran información para practicar ejercicio físico como parte de su tratamiento. De hecho algunos investigadores en la actualidad han demostrado que el ejercicio es efectivo para mejorar la salud mental, en especial algunas patologías psicológicas como la depresión leve, ansiedad y estrés. Otros beneficios ayudan a aumentar la calidad de vida, mejorar la autoestima, incrementando la sensación de bienestar y favorecer un mayor rendimiento laboral.

En la actualidad, está comprobado que el ejercicio físico es uno de los principales agentes que se utilizan para mantener la salud y prevenir enfermedades, siempre y cuando esté oportunamente dosificado y planificada de acuerdo a las necesidades del sujeto.

De esta manera, considero que el ejercicio físico es definitivamente determinante en la salud general de cualquier ser humano. Y si de salud mental se trata, que mejor que optimizar las necesidades en caso de trastornos psiquiátricos. De aquí que, la temática de mi Informe de Servicio Social, se centra en el ejercicio físico.

Este Informe Profesional está estructurado de la siguiente manera: en el primer capítulo comienzo abordando la salud mental en México y la estructura con la que cuenta específicamente el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". En el segundo capítulo reporto el desarrollo de cada una de las actividades llevadas a cabo durante mi realización del Servicio Social efectuada en el área de terapia recreativa; finalmente concluyo mencionando la descripción de mi Propuesta, realizada con el objetivo de contribuir al beneficio de la salud mental del usuario y al término de dicho apartado establezco las conclusiones sobre el trabajo y sobre la Propuesta.

CAPITULO I.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.

1.1 ANTECEDENTES

México atraviesa por un momento difícil, los problemas económicos y la inseguridad afectan la calidad de vida de la población que incrementa su estrés. Adicionado a esto, se ha encontrado que la depresión ocupa el segundo lugar en la carga de enfermedad; el abuso de alcohol, las violencias y las demencias también aparecen en los primeros lugares y el índice de personas con adicción ha aumentado.

Cerca de uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años tiene una historia de problemas psiquiátricos, los cuales producen niveles elevados de discapacidad. Sin embargo, sólo una quinta parte de los enfermos reciben atención. La Secretaría de Salud ha propuesto nuevos esquemas para atender a los pacientes en atención primaria especializada, pero es necesario proponer nuevos y mejores tratamientos, aumentar la cobertura de atención y atender las necesidades de la población en condiciones de mayor rezago.

Dentro del esquema de la Secretaria de Salud se encuentra el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el cual es pieza fundamental para el desarrollo de mejores programas de prevención y tratamiento que se derivan de una sólida actividad científica y para la formación de los talentos que habrán de hacer la diferencia. El Instituto tiene como mandato la investigación científica en el campo de la Salud Mental, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de acción comprende al territorio nacional. Éste es y seguirá siendo el compromiso del Instituto, coadyuvar a la prevención del problema, y ofrecer a cada enfermo y a su familia, la mejor opción de tratamiento y control de su enfermedad.

La enfermedad mental es con frecuencia poco comprendida por la población y el estigma que rodea a la enfermedad es una limitante importante. Por ello, la información es una herramienta indispensable para acercar a los familiares y enfermos al tratamiento y lograr una mejor integración de quienes padecen estas enfermedades en la comunidad. Para avanzar en una mejor atención de la población se están reforzando los programas de psico-educación y apoyo a familiares además de fortalecer los programas encaminados a analizar el estigma y las mejores formas de abordarlo. El reto es importante ya que cerrar la brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento sólo podrá lograrse con la integración de la Salud Mental, incluidas las adicciones, en todas las esferas.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz fue concebido por su fundador como una institución capaz de transformar nuestra manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas; una parte importante de este esfuerzo ha sido la formación de profesionales de la salud mental.

En diciembre de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial de creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría como un organismo que se abocará en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los desórdenes mentales y de Salud Mental, con la finalidad de generar soluciones adecuadas.

En 1988, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto del Instituto Mexicano de Psiquiatría que le da un instrumento jurídico y el doctor Ramón de la Fuente, es nombrado como su Director General por dos períodos (1988-1998). El Instituto después cambiaría su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su Fundador el 26 de mayo de 2000.

En la segunda etapa 1998-2008 se continuaron los programas establecidos y se consolidó la atención médica. Este proyecto estuvo, a cargo del doctor Gerhard Heinze, un clínico sobresaliente quien entendió que la vanguardia podría mantenerse si el Instituto era capaz de ofrecer servicios de excelencia y formar a los médicos que llevaran los modelos de atención desarrollados y evaluados en el Instituto, a servicios en las que se integrarían al terminar su educación formal.

Entre las áreas del instituto se encuentra el departamento de Psicoterapia, el cual cuenta con diversas áreas como son: Psicoterapia breve, grupal, familiar y Terapia Recreativa.

Durante esta etapa sobresale la creación de Clínicas Especializadas en diferentes desórdenes y se construyó un edificio para albergarlas. Se procuró el equilibrio entre la atención de la demanda y la investigación y la enseñanza, a fin de darle a cada una su lugar.

Actualmente, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se desarrolla a través de tres áreas:

Investigación (Neurociencias, Clínica, Epidemiología y Ciencias Sociales)
Enseñanza y Servicios Clínicos, respaldados por una unidad administrativa.

1.2 ESTRUCTURA DEL INSITTUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Los pacientes que ingresan al área de hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría son diagnosticados con diferentes trastornos, los más comunes, según el CIE-10 son: (F32) Episodio depresivo, (F23) Trastornos psicóticos agudos y transitorios, (F31) Trastorno bipolar afectivo, (F42) Trastorno obsesivo-compulsivo, (F20) Esquizofrenia, (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada y (F50.0) Anorexia nerviosa, en algunos pacientes en comorbilidad.

La mayoría de los pacientes desde su ingreso tienen indicación médica para acudir al área de Terapia Recreativa y participar en las actividades, al inicio esto es particularmente difícil ya que los pacientes suelen bajar a sentarse y observar antes de tener ánimo y/o confianza para hacerlo, otros tantos no son capaces de realizar la actividad de manera íntegra o de seguir las instrucciones, sobre todo en etapa de manía. Los pacientes que no acuden a la terapia por indicación médica suelen tener síntomas psicóticos agravados, se intentan hacer daño, se encuentran sujetos en su cuarto, o por alguna razón física, han solicitado a su médico no hacerlo y este después de la exploración necesaria decide dar la indicación. Algunas veces los pacientes tienen el afecto particularmente bajo por lo cual, a pesar de la invitación rechazan dirigirse al área, esto es reportado a su médico.

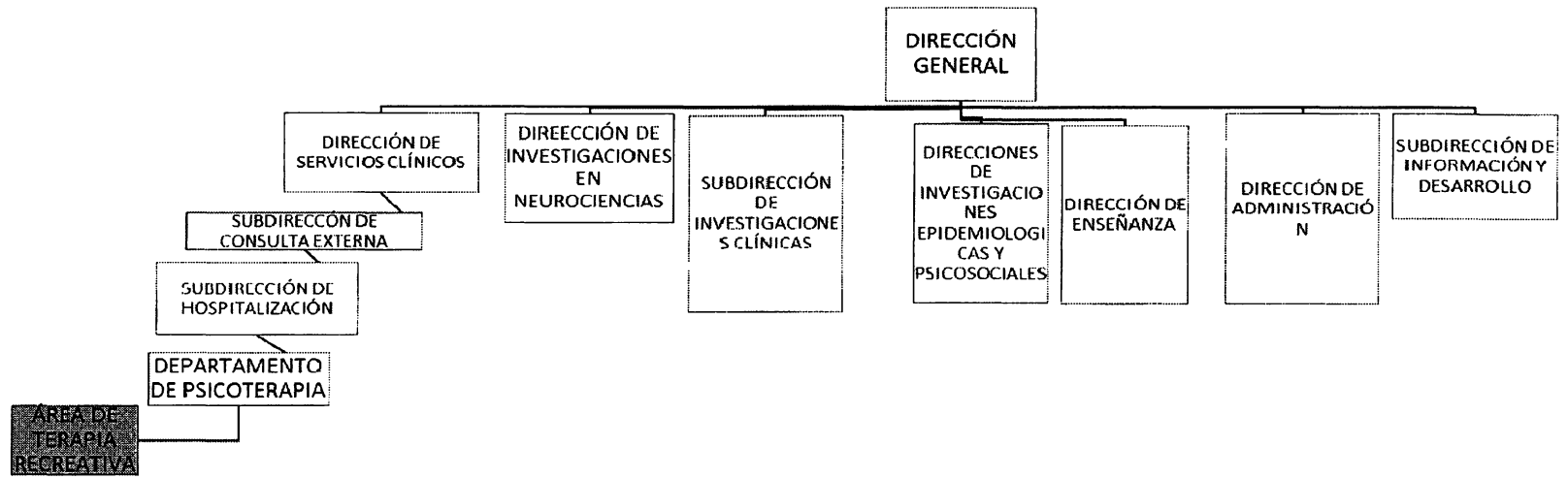
Los pacientes, tomando en cuenta sus diferentes trastornos, presentan gran variedad de síntomas que se observan a lo largo de las actividades dentro de Terapia Recreativa, algunos pueden observarse con manía y otros con afecto bajo. La socialización y participación en las actividades también es variable, en la mayoría de los casos va aumentando conforme pasa el tiempo y el tratamiento médico y psicológico va surtiendo efecto en cada uno hasta que, en muchos

casos, los pacientes empiezan a participar un poco menos centrándose más en las pláticas con sus compañeros de tratamiento conforme se acerca su fecha de alta, la mayoría desesperados por regresar a su hogar.

El día anterior a su fecha de alta, en el cierre de las actividades del área y al despedirse de sus compañeros, se suele ver a los pacientes nostálgicos por dejar las amistades que formaron dentro del Instituto, pero sobre todo emocionados por salir, por volver a ver a su familia y amigos que están afuera, agradecidos con las personas que les ayudaron, con médicos y psicólogos.

A continuación se presenta el organigrama de este Instituto Nacional de Psiquiatría.

ORGANIGRAMA INTERNO



¹ Recuperado del sitio oficial http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/normateca/archivos/manuales_organizacion/MO-04-DSC-2011.pdf

UBICACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ”



Calzada México Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14370.

- Servicio colectivo metro: Línea 2 Cuatro Caminos-Tasqueña: En la Estación Tasqueña transbordar el Tren Ligero y bajarse en la Estación Huipulco.

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"



Figura 1

Esta es la facha de la entrada principal del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". En la puerta se encuentra el personal de vigilancia que se en carga de verificar que todo esté en completo orden y revisar identificaciones para el acceso. En la parte de arriba de la entrada del edificio de Hospitalización se encuentra el símbolo de la Secretaria de Salud y a un costado el logo del Instituto.

OBJETIVOS DEL INSTITUTO “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

- Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, psicosociales, experimentales y básicas en las áreas de biomédicas y sociomédicas en el campo de la Psiquiatría y la salud mental para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de las/los pacientes, así como para promover medidas de salud.
- Formar recursos humanos en el campo de la Psiquiatría y la salud mental, así como en aquellos que le son afines.
- Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requieren atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad.
- Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica –en el ámbito de su competencia- de las entidades federativas y en general, a cualquier institución pública de salud.

MISIÓN

Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez.

VISIÓN

Consolidarse como centro líder en neurociencias, investigación clínica, epidemiológica y social, de atención y docencia, capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en salud mental, incluyendo las adicciones.

DEPARTAMENTO DE PSICOTERAPIA

Misión

Colaborar en la atención integral del paciente psiquiátrico atendido en el Instituto Nacional de Psiquiatría, mediante la aplicación de técnicas de tratamiento psicoterapéutico específicas de cada caso.

Visión

Fungir como un servicio "modelo" en su clase, que sea de utilidad para la creación de otros servicios semejantes en hospitales psiquiátricos y de otras especialidades, así como en clínicas y centros de salud, en los ámbitos regionales y locales.

ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA

En esta área fue donde desarrolle todas mis actividades relacionadas a mi servicio social.

Objetivo

Brindar atención de Terapia Recreativa mediante diversas técnicas como dinámicas de grupo, ejercicio físico, psicodrama y elaboración de objetos artesanales, a los pacientes hospitalizados que a juicio de sus médicos tratantes se puedan beneficiar de dicho tratamiento.

Funciones

- Proporcionar atención a los pacientes de hospital, que por su padecimiento requieren de la terapia recreativa.
- Atender a pacientes referidos de hospital para recibir el servicio de terapia recreativa.

- Organizar y realizar sesiones de terapia recreativa individual o de grupo de apoyo y/o de rehabilitación social a pacientes hospitalizados.
- Organizar y realizar actividades recreativas individuales o de grupo con pacientes hospitalizados.
- Elaborar y ejecutar plan de trabajo anual.
- Participar en la formación de personal a fin del área
- Publicar y/o difundir artículos científicos con los avances y/o conclusiones de las investigaciones referente a la terapia recreativa.
- Promover y participar en cursos de actualización, eventos académicos intra y extramuros.
- Realizar con efectividad, todas las actividades inherentes al puesto y las que se le demanden según programas prioritarios.

ESPACIOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES

JARDÍN



Figura 2

Este espacio al aire libre tiene un área aproximada de 40 metros cuadrados. El recuadro que se encuentra de caucho azul es donde los pacientes se presentan para realizar el ejercicio físico. Cuenta con una bodega pre construida donde se guardan colchonetas, sillas y materiales para el juego recreativo de los pacientes (mesa de ping pon, red de volibol, pelotas y aros).

Está cercado por arbustos y cuenta con dos accesos, uno de cada lado, por uno entran los pacientes y el otro es delimitado por un policía perteneciente al Instituto, para evitar alguna huida de algún paciente. En este espacio se realizaban las actividades de ejercicio físico, dinámicas grupales y juegos recreativos, durante los días lunes, miércoles y viernes.

Terraza



Figura 3

Cuenta con 20 metros cuadrados, dos puertas de acceso, la primera es la que se ocupa comúnmente y la segunda está diseñada para salida de emergencia, el techado del lugar es de domo, un lavabo y una bodega donde se guardan todos los materiales para las actividades artísticas.

Este espacio es ocupado generalmente por mesas y sillas para que los pacientes realicen la actividad indicada en el día, estas se colocan después de hacer la dinámica y se retiran para hacer el cierre terapéutico. En este lugar se realizaron actividades como dinámicas grupales y labores artísticas. También era utilizado para convivios de ciertas festividades que se realizaban con los pacientes.

Auditorio



Figura 4

Se encuentra dentro del edificio de Enseñanza, en este espacio se realizaban diferentes eventos, entre ellos la Reunión Anual de Investigación, las sesiones clínicas y conferencias referentes a salud mental.

Cuenta con mesa movable, con butacas para 140 personas acomodadas en 12 hileras.

Al frente se encuentra el escenario que es acondicionado de acuerdo al tipo de evento, con una mesa de cada lado en las sesiones clínicas, una pantalla para proyectar y un estrado fijo.

Habitaciones



Figura 5

Las habitaciones donde los pacientes se encuentran cuenta con 12 dormitorios dobles, en ocasiones hay dos pacientes en una estancia con su propia cama, tienen un baño completo en cada recamara, un comer donde ahí se encuentra una pequeña sala, una televisión, varias mesas y sillas donde ellos pueden comer sus alimentos.

Saliendo del tratamiento, se encuentra el módulo de enfermería, a un costado se ubica el salón de los Médicos Residentes y por último se sitúa la oficina del Médico Adscrito responsable del tratamiento.

Existen un total de V tratamientos donde el tratamiento I es diferente en cuestión de que ahí se encuentra el género masculino y el resto es del género femenino. Tratamiento I y II se encuentran en la planta baja mientras que III, IV y V se ubican en el primer piso. En ocasiones cuando llegan pacientes con problemas de alimentación se ubican en el tratamiento V por la razón que se encuentra cerca el área de Nutrición.

REGLAMENTO PARA PROFESIONALES QUE OFRECEN SERVICIO SOCIAL EN EL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA.

A continuación presento el reglamento que es proporcionado por el Hospital como una forma de compromiso profesional, que contempla las obligaciones de quien ofrece servicio a los pacientes psiquiátricos, como prestadores de servicio social, pasantes de licenciatura, practicantes de enfermería y practicantes de arte.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

RESPONSABILIDADES Y LINEAMIENTOS

C. SERVICIO SOCIAL

México D.F. Abril 2014.

PRÁCTICAS PROFESIONALES

TESISTAS

PRESENTES.

La terapia recreativa aplica sus conocimientos del tiempo libre en los valores personales, cuyo objetivo es crear las condiciones sociales y psicológicas necesarias en la rehabilitación, prevención y promoción de estilos de vida saludables de los pacientes. Utilizando procedimientos de acción que comprometan el autocuidado, el juego lúdico, el espaciamento, la ocupación reposada “ocio”, la creatividad, el interés, la motivación, la disponibilidad del tiempo, el desarrollo, la relación y la comunicación entre otras. La recreación se convierte en Terapia como medio psicológico del paciente, para enriquecer y potenciar su salud mental normalizando e integrándolo a la sociedad.

Las actividades Artísticas es una alternativa terapéutica basada en la expresión a través de materiales de arte, para llegar a la exploración y resolución de problemas buscando así, proporcionar una mejor calidad de vida. Desarrolla habilidad para encontrar alternativas de solución. Se conceptualiza al ser humano como un todo y utiliza la habilidad creativa para lograr una vida más satisfactoria.

El Psicólogo no puede funcionar de un modo satisfactorio si no combina los conocimientos sobre temas psicológicos y médicos con los métodos de valoración, las habilidades sociales y las diversas actividades recreativas y de arte. El artista visual deberá revisar temas de salud mental.

Buena parte del éxito terapéutico revierte en el mismo terapeuta, en su comportamiento y objetividad profesionales que estable con su paciente. A veces es necesario una cierta firmeza y persuasión las cuales deben equilibrarse con lo acertado de los juicios, un auténtico interés por las personas, ánimo alegre, participativo con iniciativa y apoyo en todas las actividades, con buen sentido del humor, todo ello dentro de una perspectiva optimista.

El terapeuta tiene varias responsabilidades una es parte con el paciente, cuyo bienestar debe ser su primer objetivo; deberá respetar la información confidencial y mantener un interés constante en el paciente otra es como para con el médico de tal manera que las prescripciones que designe para el paciente tendrá que respetarlas, cualquier situación relevante durante la Terapia Recreativa y Artística sebera ser reportada, así mismo las confidencias del paciente también deberán comentarlas para que el psiquiatra las emplee en el tratamiento oprimo del paciente.

El terapeuta también tiene responsabilidades con la institución en la que está empleada, respetando las reglas de la administración, la puntualidad y observando en general una buena conducta.

Se debe promover las metas y funciones de Terapia Recreativa y Artística, mantener buenas relaciones, respetar al equipo de trabajo y evitar las críticas

destructivas; mantener en buen estado el equipo y herramientas de trabajo con que se cuenta para llevar a cabo la Terapia.

Debe considerarse como un profesional que contribuye a la rehabilitación del paciente ya que por lo tanto siempre debe estudiar, investigar y servir a su profesión; esforzarse por superar los métodos y mejorar las técnicas de la Terapia Recreativa, es decir mantenerse actualizado.

Finalmente existen lineamientos que el terapeuta debe cuidar y respetar en su desempeño profesional.

No relacionarse con el paciente de ninguna otra forma que no sea terapeuta-paciente.

No proporcionar información personal: (teléfono, correo electrónico, domicilio).

Mantener una estricta discreción en relación a los pacientes y su entorno.

Ser cuidadoso en la manera de dirigirse al paciente, el tono de voz, el contenido de los mensajes e indicaciones, la forma de expresión no verbal (miradas, ademanes, gesticulaciones, etc.).

Ser respetuoso con los pacientes y colaboración que participan en la terapia.

Procurar proyectar siempre una imagen de alifio e higiene hacia los pacientes.

Tener bien claro que todos los pacientes tienen derecho a participar en la Terapia Recreativa, por tanto no se deben tener preferencias, ni hacer discriminaciones.

Respetar la determinación de un paciente cuando decide no participar en la Terapia, así como como tomar en cuenta cualquier aportación o sugerencia para el enriquecimiento de la misma.

No descuidar la atención del grupo, por proporcionar atención a un paciente.

Tomar en cuenta los comentarios que el paciente haga con respecto a su padecer, su comportamiento o su sentir y referirlos al equipo multidisciplinario para una óptima rehabilitación.

El terapeuta se abstendrá de prestar sus servicios profesionales de forma particular a los pacientes de este instituto mientras esté realizando su servicio social, prácticas profesionales, elaboración de tesis o proyectos de investigación.

Cuando se desarrollen actividades multidisciplinarias de las cuales forme parte el terapeuta, podrá expresar sus opiniones y conceptos sólo cuando tenga suficiente fundamentación teórica sobre el tema en discusión y antes revisado y analizado por el responsable o supervisor que este a su cargo.

El incumplimiento de estos lineamientos y responsabilidades en Terapia Recreativa y Artística, de acuerdo con su gravedad serán materia de imposición de las siguientes sanciones.

- a) Amonestaciones
- b) Suspensión definitiva

ATENTAMENTE

PSI.MA.GUADALUPE TREJO CORONA
RESPONSABLE DE TERAPIA RECREATIVA

NOMBRE Y FIRMA
P A S A N T E

1.3 SALUD MENTAL

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole, social, ambiental, biológico y psicológico. Los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil, se han incrementado en México durante los últimos años. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte de la realización de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el "bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y en la última instancia el despliegue óptimo de su potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Sabemos que una buena salud mental de los pobladores de un país garantiza su desarrollo, es una condición indispensable para alcanzar igualdad de oportunidades, junto con la educación, es el componente central del capital humano, capital más importante de individuos y naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer al individuo y a la sociedad para procurar y acrecentar sus medios de vida².

Se ha documentado que el país tiene restricciones materiales en muchas de las unidades de salud, clínicas y hospitales públicos, derivadas del rezago en su infraestructura, la modernización de sus equipos clínicos y de laboratorio y la saturación de servicios que prohíjan una deficiente calidad de la atención.

² Romero, Adrián (2013). **La salud mental en el sistema nacional de salud**. México. Sociedad psicoanalítica en México. <http://spm.mx/home/la-salud-mental-en-el-sistema-nacional-de-salud/>

En México, como en muchos otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados a la salud mental informan niveles insuficientes y, en la mayoría de los casos, están concentrados en los hospitales psiquiátricos.

El sistema de Salud Mexicano se encuentra organizado en un sector público importante y uno privado. En el primero se incluyen los servicios al sector asalariado y formal de la economía que representa el 47% de la población. Este tipo de seguridad social garantiza el acceso a la atención de la salud, con financiamiento bipartita como el ISSSTE (patrón-empleado) y tripartida como el IMSS (patrón-empleado-gobierno).

La Secretaría de Salud de México elaboró el programa de acción específico de atención en Salud Mental 2007-2012 con el propósito de disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación. También se busca cambiar el paradigma hacia la atención en salud mental comunitaria³.

Del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80 % a la operación de los psiquiátricos; dada estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual, se señala que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad. De acuerdo con otros estudios, 24.7 % de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental⁴. Los trastornos más recurrentes en los adulto son problemas del estado de ánimo y frecuentemente en mujeres, trastornos de ansiedad y por uso de sustancias, así como intentos de suicidio (Bejet y cols; 2009). Uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años

³ Secretaría de Salud (2010) **Cobertura Universal en Salud**. México http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/cober_universal.html

⁴ Instituto Nacional de Epidemiología Psiquiátrica INEP (2009). **Encuesta Epidemiológica**. México 12 Noviembre 2013 <http://inprf.gob.mx/psicosociales>

ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de lo que lo padecen recibe tratamiento.

Como se sabe, las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantean que la atención primaria debe de ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. En este sentido, a México le falta mucho hacer ya que solamente un 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y educación, relacionado con temas de salud mental dirigidos a los profesionistas que trabajan en este nivel, es menor al 15%.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representa los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo reciben atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron⁵.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención. El desarrollo del componente de salud mental dentro de los hospitales generales es muy escaso. Lo anterior reduce la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento.

El presupuesto asignado a salud mental está por debajo de la media de los países de ingresos medios-altos que esta alrededor del 3.5%, además la distribución resulta inadecuada, pues el 80% se asigna al mantenimiento de los hospitales.

⁵ Medina-Mora, María E. (2011). **Informe en Salud Mental en México**. Instituto Nacional de Psiquiatría. México. http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Actualmente los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público son reducidos. Pocas escuelas de nivel medio y medio superior cuentan con psicólogos o realizan actividades de promoción y prevención en salud mental. De igual forma, en menos del 20 % de los recintos penitenciarios, se refiere a un recluso con un especialista en salud mental por menos una vez al mes.

Niveles de Atención en Salud Mental

A partir del año 2004, la población se encuentra cubierta por la seguridad social (45% del total de los mexicanos) es atendida dentro del Seguro Popular. Este seguro amplía su cobertura de manera escalonada y cuenta con un financiamiento por cuota social, aportación del afiliado y presupuesto tanto federal como estatal. Los beneficiarios tienen derecho a recibir tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), la cual cubre el 100% de los servicios médicos que se presentan en los centros de salud (1er nivel), el 95% de las acciones hospitalarias (2° nivel)⁶.

Según Leven y Clark, la atención a la salud opera en tres niveles⁷:

1.- Prevención Primaria: se enfoca en la disminución de las incidencias de nuevos casos patológicos en la población, dentro de un periodo de tiempo definido, contrarrestando las fuerzas dinámicas que la provocan. Se enfoca en el aspecto educativo de la población.

2.- Prevención Secundaria: su finalidad es la de diagnosticar y de brindar tratamientos precoces, buscando con ello, reducir las incapacidades debido a un desorden.

⁶ Seguro popular (2004). **Sistema de Protección en Salud**. México. Blog Recuperado http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/index/gestion.php

⁷ Irving, Arturo (2004) **Niveles de atención en salud mental**. <https://ehumana.wordpress.com/2009/10/28/niveles-de-atencion-a-la-salud/>

3.- Prevención Terciaria: reduce el grado de efectos residuales, están designados a la rehabilitación, y así disminuir el nivel de incapacidad de las personas.

Existen dos instancias de salud mental nacionales que cumplen con diversas funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

El CONSAME se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y evalúa los servicios de salud mental, participa en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas. Este Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas⁸.

SAP coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de adscripción, establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector de salud para la atención de los trastornos mentales. Participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica⁹.

En el CAUSES 2010, se incluye atención ambulatoria y hospitalización breve para los trastornos mentales prioritarios: trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos psicóticos y del desarrollo como autismo, epilepsia, además de la atención de las adicciones (Secretaría de Salud 2010).

⁸Modelos de atención en salud mental (2004). México Blog recuperado <http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html>

⁹Secretaría de Salud. **Servicios de Atención Psiquiátrica**. (2000) México. Sitio extraído <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/conoce-a-sap/qui%C3%A9nes-somos.aspx>

Los trastornos depresivos y por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes atendidos en la consulta de los 3 niveles de atención

Se observa que el eje de la atención de salud mental era y sigue siendo el hospital psiquiátrico. Un buen ejemplo de tal afirmación es que en México, al momento de estudiarlo, existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 en establecimientos residenciales.

El Seguro Popular¹⁰ incluye diversas acciones preventivas como la detección precoz de los trastornos alimenticios, trastornos depresivos, de ansiedad y adicciones; estas acciones están distribuidas por grupos de edades. Los trastornos que reciben tratamiento son los siguientes: trastornos afectivos, de ansiedad y psicóticos. El Seguro Popular contempla la atención ambulatoria y en el primer nivel y en la hospitalización breve.

Establecimientos de salud mental ambulatorios

México cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% está destinado a niños y adolescentes, que ofrecen a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% son mujeres, 44% hombres y el 27% adolescentes. Los principales diagnósticos fueron trastorno afectivos (28%), neurosis (25%) y otros (26%) que engloban epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desordenes psicológicos del desarrollo.

Es cierto que el número de servicios ambulatorios es más amplio, ya que no alcanza para cubrir las necesidades de atención y también registra una cantidad insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes.

¹⁰ Seguro Popular, (2001). Posterior a la captura de la información en el CAUSES dos nuevas intervenciones.

Solo el 27% del total de los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios son niños o adolescentes, y ese porcentaje cae a 6 % en los hospitales psiquiátricos¹¹.

Unidades de hospitalización en hospitales generales

En el país, hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100.000m habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes. Del total de pacientes atendidos, 60% fueron mujeres y 9% niños y adolescentes, quienes en promedio permanecieron internos 14 días. El número de admisiones ascendió a 1,873 esto significa 2 pacientes por cada 100.000 habitantes. La mayoría de los pacientes (51-80%) reciben intervenciones psicosociales en el último año y el 100% de las unidades dispusieron de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica.

Establecimientos residenciales comunitarios

Se cuenta con 8 establecimientos en los cuales se atendieron a 0.50 persona por cada 100,000 habitantes. El 20 % fueron mujeres y 2% niños y adolescentes, para estos últimos estuvieron reservados el 7% de las camas. En promedio.

Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa¹².

¹² Secretaria de Salud en México (2014). **Informe de la Evaluación del sistema de Salud Mental. México**
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Por último cabe mencionar que existe, por ejemplo, una iniciativa para la atención psicológica y psiquiátrica en los centros de atención médica de primer nivel (clínicas familiares), con lo que se estaría en posibilidad de prevenir padecimientos mentales en general.

CAPITULO II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

2.1 TRABAJO REALIZADO EN EL ÁREA DE TERAPIA CREATIVA

Objetivo de la terapia de recreativa.

Promover la rehabilitación del paciente psiquiátrico disminuyendo su sintomatología y proporcionándole herramientas eficaces que le permitan el aprendizaje de habilidades asertivas e incrementando su salud y calidad de vida.

Población atendida.

Los pacientes contaban con una edad aproximada entre los 16 y 65 años.

- Pacientes diagnosticados con algún padecimiento psiquiátrico (bipolaridad, depresión, ansiedad, manía, psicosis, obsesivo compulsivo etc.)
- Pacientes con alguna discapacidad intelectual con problemas de conducta
- Pacientes con problemas de abuso de alcohol y sustancias.
- Pacientes en estado emocional en crisis.
- Pacientes con intento suicida.
- Pacientes con problemas de alimentación

Objetivos personales de haber escogido este programa de servicio social

Decidí realizar mi servicio social en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" porque me interesó saber sobre la gama de patologías que existen en la población mexicana y por el compromiso que siento como Psicólogo de colaborar a la salud mental de las personas. En un principio estaba indeciso en realizar mi servicio en esta Institución por el miedo a estar en interacción con pacientes que tenían intentos suicidas o depresión. En lo personal era para mí un gran reto adquirir la experiencia de cómo tratar e intervenir en este tipo de pacientes, porque es difícil identificar signos y síntomas de un paciente de salud mental dentro de una Institución, con tan solo haber tenido experiencia teórica de los diversos trastornos aprendidos en el aula

Objetivos personales de la realización del Informe profesional

Después de que el área de terapia recreativa me abrió las puertas para la realización de mi Servicio Social me siento con el compromiso profesional de plasmar mi experiencia vivida con los pacientes y que esto pueda servirles a los prestadores del Servicio Social. Durante el tiempo de servicio me percaté de la importancia que tiene el terapeuta para intervenir, realizar un trabajo de acompañamiento, rehabilitación con los pacientes y desarrollar esta tarea de manera ética.

Finalmente quiero dar a conocer el trabajo que desarrolla un Psicólogo dentro de este tipo instituciones, con el objetivo de que los futuros prestadores de servicio social puedan tener un bagaje de la terapia e información que les permita tener una idea de donde partir.

Actividades realizadas en el área de terapia recreativa.

En la terapia recreativa las actividades tenían que ser breves y concretas esto con el fin de que los pacientes mostraran interés en realizar las actividades. La mayoría de las dinámicas se presentaron con el objetivo de proporcionarles elementos como integración a un grupo, socializar, trabajo en equipo, tolerancia a la frustración, reflexionar sobre su conducta mostrada, todo esto para brindar herramientas que les pudiera servir en su vida diaria.

El trabajo con este tipo de población tiene su lado complicado ya que no todos los pacientes tienen la misma tolerancia, o por el mismo padecimiento no logran cooperar en las actividades programadas, pero es ahí donde el papel del Psicólogo tiene que intervenir y explicar sobre los beneficios terapéuticos que tiene realizar cada una de las actividades. La mejor forma de poderles transmitir algo era hacerlos reflexionar sobre lo ocurrido en la dinámica y llevárselos a ejemplos de la vida diaria.

La observación juega un papel importante para la metodología de las dinámicas, ya que yo inducía a que realizaran ciertas conductas después de dar las indicaciones.

Una vez que iniciaba mi dinámica tenía que observar su comportamiento y enfocarlo a aspectos que realizan en su vida diaria para que al final de la actividad les pudiera expresar que se dieran cuenta ellos mismos lo que pueden cambiar algunos cosas de su vida si pensaban antes de actuar, ya que en ocasiones hacemos las cosas impulsivamente.

Objetivo de las dinámicas

Por medio de estas actividades se contemplaba promover la integración a un grupo terapéutico, facilitar la interacción entre los pacientes, incitando a la reflexión, apoyando en su adaptación al medio que los rodeaba y a la socialización, la cual permitiría una inserción más adecuada a su medio ambiente, familiar y social.

Estas actividades fueron diseñadas y adaptadas por mí, adaptadas de diversas fuentes. Las actividades utilizadas fueron supervisadas por la responsable del área, con la finalidad de tener la certeza de la adecuación de los mismos a las características de los pacientes.

A continuación enlisto las dinámicas utilizadas durante mi estancia en el Servicio Social.

1. Cien pies
2. Pedro llama a Pablo
3. Canasta de frutas
4. Recetario
5. Telaraña
6. Rompecabezas
7. Acentuando lo positivo
8. El viaje
9. Teléfono descompuesto
10. La escoba

DINAMICAS

1.- Nombre: El ciempiés

Participantes: 15-30 personas

Tiempo: 25 minutos

Materiales:

Aula grande

Objetivo:

Que los participantes logren un trabajo en equipo tratando de solucionar un problema a través del juego.

Procedimiento:

Se forma un círculo con los todos pacientes para escuchar las indicaciones sobre la actividad a realizar, la cual consiste en que el terapeuta canta "el ciempiés no tiene pies, tiene pero no los ves, el cien pies tiene (se dice algún número)10 pies" entonces en ese momento todos los pacientes tienen que formar grupos de 5 personas para formar 10 pies, quien o quienes no logren formar el número de pies tendrán que bailar, contar un chiste o cantar alguna canción, en seguida que se hayan formado los grupos los pacientes tienen que poner las manos sobre los hombros y comenzar a caminar como si fueran un ciempiés cantando la canción del ciempiés. En esta actividad también se pueden decir números impares es ahí donde se ve la solución de problemas de los participantes.

Evaluación:

A nivel grupal pude observar que la mayoría de los pacientes les gustó la dinámica pues a la hora de hacer el cierre de la actividad me percaté que expresaban satisfacción, intentaron darse cuenta de los objetivos del trabajo en equipo, pero también hubo pacientes que se molestaron porque no pudieron dar solución al problema de la petición de número impar como el 5.

En lo personal me sentí bastante satisfecho con la realización de mi actividad, sentí que pude dirigirme bien hacia a los pacientes y que a la hora de conducir al grupo pude plasmar los objetivos antes establecidos.

2.- Nombre: Pedro llama a Pablo

Participantes: 20-30

Tiempo: 20 minutos

Material:

Sillas

Grabadora

- Discos de música para bailar (salsa, cumbia, etc.)

Aula grande

Objetivos:

Lograr que los participantes se graben los nombres de sus compañeros y memoricen rostros por medio de la atención.

Procedimiento:

Se les pide a los participantes que formen un círculo con las sillas. El primer paso consiste en que el terapeuta comienza diciendo su nombre para que posteriormente el que está a su lado diga su nombre así hasta que todos hayan dicho su nombre. En el segundo paso de la actividad el terapeuta se levanta y dice su nombre y llama a otra persona, por ejemplo: "Gabriel llama a María" entonces María se levanta y ella llama a Carlos, a los pacientes que mencionan su nombre se quedan parados para saber quiénes faltan de llamar. No se puede llamar nombres que ya estén parados, ni tardarse en mencionar algún nombre de sus compañeros, aquellos participantes que lo hagan tendrán que contar un cuento, adivinanza o bailar. Finalmente se les invita a tres voluntarios a que traten decir

todos los nombres de sus compañeros o mencionar a la mayoría, con el objetivo de ver que tanto se acuerdan de los nombres por medio de los rostros de sus compañeros.

Evaluación:

Algunos de los efectos de los medicamentos producen enlentecimiento verbal, somnolencia, pérdida de memoria a corto plazo, observé que algunos de los pacientes se forzaron por recordar el nombre de sus compañeros. En el cierre de la dinámica mencionaron molestia porque se tardaron en decir un nombre o tomaron mucho tiempo en contar algún chiste o adivinanza. Mencioné que era importante tener respeto y tolerancia hacia los demás, pues en ocasiones hay cosas que se les pueden facilitar pero habrá otras donde les cueste trabajo realizar la actividad, lo importante es no darse por vencido y dar su mejor esfuerzo por conseguir los objetivos.

Al final de la actividad algunos pacientes mencionaron que la dinámica les había parecido útil para conocer nuevas personas y nombres de compañeros de otras habitaciones que conocen pero no los identificaron por nombre.

Puedo decir que se lograron los objetivos de la dinámica porque la mayoría de los participantes mencionaron que se grabaron de nuevos compañeros.

3.- Nombre: Canasta de Frutas

Participantes: 15-20

Tiempo: 20 minutos

Material:

Sillas

Aula grande

Lista de 4 frutas (Naranja, melón, piña y manzana).

Objetivo:

Que los participantes logren focalizar su atención por medio de indicaciones y que ubiquen nuevos compañeros.

Procedimiento:

El terapeuta invita a los presentes a sentarse formando un círculo con sillas, el número de sillas debe ser una menos con respecto al número de integrantes, por lo que un participante sé que parado. Después designa a cada uno de los participantes con el nombre de una fruta, incluyendo al que está parado. Varias personas son designadas con la misma fruta.

Enseguida explica la forma de realizar el ejercicio: el animador empieza a relatar una historia inventada la cual incluye el nombre de las frutas y la palabra canasta de frutas. Cada vez que se dice el nombre de una fruta, solo las personas que han recibido ese nombre cambian de asiento (el que al iniciar el juego se quedó de pie deberá intentar sentarse). Cuando en el relato aparece la palabra "canasta", todos deberán cambiar de asiento, nadie puede quedarse en el mismo asiento.

Se les indica que deben tener cuidado para no lastimar algún compañero a la hora de moverse de lugar y sobre todo que queda prohibido quietar o mover las sillas para sentarse para evitar algún incidente. La persona que en cada cambio queda de pie se presenta diciendo su nombre y pasatiempo favorito.

Evaluación:

Puedo decir que la actividad fue mejor de lo que esperaba por varios aspectos, uno de ellos fue que los pacientes estuvieron en constante movimiento. Pues les pareció divertido, la parte de la competición por ganar la silla y no quedarse parado. En la dinámica se alcanzaron algunos otros objetivos que no me esperaba y que los mencionaron a la hora del concluir, como quitarse el miedo a hablar ante los demás, conocer algo más de los compañeros y agilidad para

moverse. Se alcanzaron los objetivos planeados por lo que la mayoría de los participantes ponía atención a la hora de las indicaciones y hacía todo lo posible por no quedarse sin silla.

En otras sesiones terapéuticas, me percaté que los pacientes se aburrían y participaban poco de actividades sedentarias, entonces decidí utilizar dinámicas que implicaran movimientos y competencia, pues esto les gustaba.

El único factor que me causó inicialmente temor fue que algún paciente pudiera salir lastimado o se cayera en el forcejeo de ganar una silla. Sin embargo, gracias al apoyo de mis colegas todo salió perfecto sin ningún incidente, esto puede ser aplicado con facilidad ya que inicialmente el Hospital cuenta con grupo numeroso de practicantes o prestadores de Servicio Social.

4.- Nombre: El recetario

Participantes: 25-30

Duración: 30 minutos

Material:

Tarjetas con nombres de ingredientes de comida.

Cinta masking tape

Aula grande

Objetivo:

Promover en los pacientes la participación, a la creatividad, la socialización y a la resolución de problemas mediante una dinámica de integración, en el menor tiempo posible.

Procedimiento:

Se les pide a los participantes que formen un círculo para darles una tarjeta (al azar) con un nombre de algún ingrediente de cocina, para posteriormente pegárselos en un lugar visible. La dinámica consiste en que de acuerdo al ingrediente que les correspondió se agrupen a otro para integrar los ingredientes necesarios para formar un postre, sopa, guisado o platillo. Ningún participante puede quedar solo, cada ingrediente tendrá que ser integrado a la receta. Se les da 5 minutos para que puedan formar su receta e integrarse en grupo para que procedan a informar en que consiste lo que elaboraron.

Finalmente se les indica que con las mismas tarjetas tendrán que hacer un menú (entrada, sopa, platillo fuerte y postre) en donde todos tienen que participar y tendrán 10 minutos para terminar. Se termina la actividad con la presentación de cada platillo que se realizó y uno de sus compañero explica los ingredientes que lleva.

Evaluación:

En el transcurso de la actividad pude observar que a la mayoría se le dificultó por la manera en que ellos mismos tenían que integrarse y hubo pacientes que se quedaban parados sin intentar unirse algún grupo. En esta actividad se pudo ver el rol de líder ya que era quien tomaba la iniciativa para formar el equipo. Ya en el cierre de la actividad, la mayoría mencionó que se le había complicado porque algunos ingredientes no quedaban en algunos platillos. Mencione que en ocasiones tenemos que tratar de dar una solución al problema, en este caso ese era un problema pues era tener un poco de creatividad y meterlo en algún platillo aunque no fuera así nosotros lo podíamos integrar.

La dinámica fue complicada porque algunos pacientes no querían integrarse, lo que los llevaba a que se tardaran más para terminar el platillo. Me parece que es una buena actividad pero también es mucho trabajo de terapeutas y coordinación para que pueda salir lo mejor posible y no se cometan errores.

5.- "Telaraña"

Participantes: 20-25

Duración: 25 minutos

Material:

Sillas

Bola de estambre

Aula grande

Objetivo:

Que los pacientes logren por medio de la actividad, la integración al grupo a través de conocer algo del otro compañero y poner atención a la información proporcionada por sus compañeros.

Procedimiento:

Para comenzar la dinámica los participantes deberán sentarse formando un círculo, de tal forma que todos puedan verse. El terapeuta comienza con la bola de estambre en la mano y explica cómo se quiere que se presenten (nombre, pasatiempo favorito y música preferida) cuando el compañero reciba la bola de estambre. Se sugiere que el coordinador sea quien se presente primero para poder ejemplificar la presentación, la bola de estambre se lanza a un compañero y así sucesivamente, de tal manera que al final quedé armada una telaraña y todos se hayan presentado.

Finalmente es deshacer la telaraña, para eso el último integrante en presentarse comienza a enrollar la bola y deberá repetir la información de la persona que antes se presentó, haciendo esto con todos los participantes hasta que se termine de enrollar la bola de estambre. Es importante que el terapeuta no les mencione a los pacientes que tendrán que repetir la información de la persona

a la que están conectados por medio del hilo, pero si se puede recomendar poner atención a lo que cada compañero mencione.

Evaluación:

A nivel general puedo decir que los objetivos planteados al inicio de esta actividad fueron logrados, observe que la mayoría de los pacientes conocieron a nuevas personas y pusieron atención al momento en que se presentaban sus demás compañeros, algunos participantes manifestaron que pudieron manejar el nerviosismo a la hora de hablar en público. Hubo algunos pacientes que no se acordaban de lo que había dicho su compañero anterior, en ese momento es donde como terapeuta incita a que los demás compañeros le apoyen a recordar la información a su compañero.

En lo personal me sentí seguro en el momento de expresar las indicaciones, fue una dinámica de buena elección para los nuevos pacientes que se integraron al grupo, con el fin de que pudieran incorporarse mediante esta actividad y conocerse un poco más de las actividades en terapia. Me parece que mi cierre de la actividad lo realicé bien, pues toque puntos muy importantes como fue la atención que esta todos los días de nuestra vida, pero que en ocasiones no sabemos poner atención porque estamos distraídos o por el simple hecho de estar pensando en otras cosas. Cada vez me siento más seguro a la hora de expresar el mensaje o reflexión que pretendo plasmar en los pacientes y que en algo les ayudará en su vida diaria.

6.- “Rompecabezas”

Participantes: 25

Duración: 30 minutos

Material:

Rompecabezas al tamaño de una cartulina

Aula grande

Preguntas de cultura general, adivinanzas y acertijos

Objetivo:

Lograr que los participantes mediante el juego puedan realizar y organizar una actividad en equipo.

Procedimiento:

Se forma un círculo con los participantes para dar las explicaciones y formar los equipos.

1. Se forman los grupos enumerándolos del 1 al 4 para que todos los participantes con el número 1 sean un equipo y así sucesivamente hasta tener a los 4 equipos de aproximadamente de 6 a 7 personas, tratando de que los equipos queden en igualdad numérica.
2. Se les explicó que la actividad consistía en que algún miembro del equipo 1 tenía que sacar un papel que contenía una pregunta de cultura general, adivinanza o acertijo, regresa con el resto del equipo para que todo el equipo lea la pregunta y puedan escribir la respuesta y posteriormente leen la pregunta y respuesta en voz alta. Si la respuesta es la correcta son acreedores a una pieza del rompecabezas. Se lleva el mismo procedimiento hasta pasar con el cuarto equipo y que hayan conseguido todo el rompecabezas.
3. Se recomienda que las preguntas sean de cultura general, de orientación en el aquí y ahora, así como adivinanzas y acertijos. Por ejemplo ¿Cuál es nombre completo del instituto en el que se encuentran? ¿Cuál es la capital de argentina? ¿Cuáles son los colores primarios?

Evaluación:

En general me pareció que fue una actividad nueva que les gustó mucho, se divertieron y observe que se sintieron entretenidos a la hora de contestar las preguntas. Solo en un equipo hubo molestia porque pensaron que la respuesta está bien y a la ahora de saber que era incorrecta les pareció que estaba en contra de su equipo, pero después ellos mismo se dieron cuenta que se equivocaron. En el cierre de la dinámica la mayoría de los pacientes refirieron que les parecieron significativas las frases que formaban los rompecabezas ya que eran frases motivacionales.

7.- “Acentuando lo positivo”

Participantes: 20-25

Duración: 25 minutos

Material:

Hojas de papel

Marcadores

Cinta adhesiva

Un salón amplio

Objetivo:

Que las personas logren identificar sus cualidades positivas por medio de sus compañeros.

Procedimiento:

En este ejercicio, cada persona se le da un marcador, una hoja de papel y un pedazo de cinta adhesiva para que se peguen la hoja en la espalda, una vez que todos tengan su hoja pegada en la espalda se forma un círculo para indicarles que deberán realizar.

1. La dinámica consiste en que todos deben escribir en las hojas de sus compañeros cualidades positivas o características positivas, solo tendrán 10 minutos para escribir en las hojas. En esta actividad se necesita de mucho apoyo del grupo de terapeutas para evitar que los pacientes escribieran cosas negativas, esto para evitar que los pacientes escriban groserías o alguna palabra negativa que pudiera hacer sentir mal a su compañero.
2. Se quitan las hojas y leen lo que sus demás compañeros escribieron. Para el cierre se recomienda que el terapeuta guie un proceso para que el grupo analice sus cualidades personales que le escribieron sus compañeros y se den cuenta de las muchas cualidades con las que cuentan.

Evaluación:

Desde mi perspectiva me pareció que se cumplieron cada uno de los objetivos establecidos. Conforme a lo mencionado por los participantes me parece que esta actividad hizo que los pacientes se reafirmaran algunas cosas positivas que ya habían escuchado pero con esta actividad terminaron por adjudicárselas. Fue una actividad que siento que les sirvió bastante para valorarse a sí mismo y darse cuenta que todos tienen cualidades positivas, pero que en ocasiones les cuesta más trabajo ver lo positivo que lo negativo. En general existió una excelente participación para realizar la actividad y sobre todo para expresarse y su sentir sobre la dinámica

8.- “El Viaje”

Participantes: 20 a 25 personas

Duración: 20 minutos

Material:

Aula grande

Sillas

Objetivo:

Lograr que los participantes por medio del juego puedan focalizar su atención y a su vez dar solución al problema de la actividad.

Procedimiento:

Invitamos a que cada uno de los participantes tomarán un silla para posteriormente formaran un circulo con estas estas mismas. En seguida se les explicaba que la actividad consistía en imaginar que todos irían a una playa ubicada en Cancún, pero para ir a este viaje tenían que llevar con ellos un objeto, pero este tenía no era cualquier objeto, ya que tendría que cumplir con una peculiaridad en especial, el terapeuta decidía si iban o no los objetos al viaje.

Los participantes tenían que decir su nombre y en seguida decir que objeto llevarían a la playa, es ahí cuando el terapeuta decidía si podía o no llevar el paciente ese objeto a la playa. Ejemplo: mi nombre es Gabriel y yo llevaré una Grabadora para hacer la fiesta en la playa. La clave para que pudieran llevar un objeto era que dijeran su nombre y un objeto con la inicial de su nombre. La actividad se realizó hasta que la mayoría de los participantes puedan llevar un objeto.

Evaluación:

En lo personal creo que se lograron los objetivos establecidos, ya se logró que los pacientes pusieran atención para dar que después pudieran saber la clave para que llevaran algo a la playa. Me parece que es una dinámica entretenida por algunos minutos mientras no saben la clave para llevar cosas, pero en cuanto lo saben me di cuenta que la dinámica se puede salir de control porque algunos le soplan a los compañero y entonces ya no tiene el objetivo que se tiene en un principio que es que los mismos pacientes logren poner atención y puedan dar con clave de la dinámica.

9.- “Teléfono descompuesto”

Participantes: 20 a 25 personas

Duración: 25 minutos

Material:

Un texto de 3 párrafos que incluya palabras poco usuales.

Objetivo:

Que el paciente identifique que la comunicación poco clara, e incluso cuando lo es puede ocasionar confusión y conflicto en la relación con otras personas.

Procedimiento:

1.- Se dividió al grupo en tres equipos, con igualdad de integrantes, se les pidió que formaran una fila.

2.- El terapeuta escogió a un integrante del primer equipo, para que el fuera que quien leyera el texto mentalmente, posteriormente pasaría la información en secreto a su primer compañero que se encontraba en la fila y así sucesivamente a todos los compañeros directamente en su oído, hasta llegar al último participante.

3.- Para concluir se pasó al último integrante del grupo al frente para que les relatar la información lo que recibió, se llevó a cabo la comparación entre lo que se dijo al principio y lo que se terminó recabando del texto. Este procedimiento se realizó con los tres equipos.

Evaluación:

Desde mi punto de vista considero que se lograron los objetivos establecidos, ya que los pacientes expresaron que se dieron cuenta cómo una palabra puede cambiar toda la información y que puede haber malos entendidos. Al finalizar, algunos pacientes les ocasionaron risa porque ellos daban una información y término siendo totalmente diferente a lo que dijeron. Esto permitió facilitar la comunicación para participar en las dinámicas, al mismo tiempo que se promovía la reflexión para participar en las dinámicas. Me pareció que fue una actividad que fue corta pero precisa para que los pacientes pudieran reflexionar de cómo se puede distorsionar la información y que es importante tener una comunicación clara y asertiva en la mayoría de los momentos de nuestra vida diaria.

10.- “La escoba”

Participantes: 15-30 personas

Duración: 25 minutos

Material:

Aula grande

Grabadora

Discos para bailar (salsa, cumbia, de todo un poco, etc).

Una escoba

Objetivo:

Que por medio del baile los pacientes puedan pasar un rato agradable, divertido y a la vez que fomentar y facilitar la participación en las dinámicas propuestas.

Procedimiento:

Se les invitaba a todos los participantes a que se integraran en parejas, para poder dar inicio a la actividad.

La dinámica consistía en que así como estaban formados en parejas tenían que comenzar a bailar el ritmo que estuviese en la grabadora. El terapeuta comenzaba bailando con una escoba, cuando se detuviera la música todos los integrantes debían cambiar de pareja y quien tuviera la escoba tenía que hacer lo posible por buscar una pareja. Quien se quedara sin pareja le correspondería bailar con la escoba hasta que se cambiara de ritmo musical. Este procedimiento se repetiría hasta finalizar la actividad.

Evaluación:

Esta actividad fue realizada en la festividad del 2 de noviembre "día de muertos" que el Instituto organiza para los pacientes hospitalizados. Me parece que rebasó los objetivos que se tenían planteados al principio ya que se observó que la mayoría de los pacientes se mostraron alegres, pudieron relacionarse con otros compañeros y se divertieron. En lo personal me hizo sentir satisfecho por ver a los pacientes con otra actitud en la participación de la dinámica. En el cierre terapéutico los participantes refirieron que les gustaría que se hicieran más seguido este tipo de actividades donde pudieran bailar con sus compañeros y gozar de la música para bailar, que les hubiera parecido divertido y a la vez gracioso tener como pareja una escoba. Esto corrobora el logro del objetivo planteado.

Ejercicio físico en el área de terapia recreativa

En el área de terapia Recreativa la realización de ejercicio físico tiene como objetivo principal el interés en movimientos de grupos musculares, fortaleciendo la orientación en lugar, tiempo, persona, la coordinación motriz gruesa y la disminución de los efectos secundarios del medicamento.

Esta tarea estaba dirigida para los pacientes que tuvieran la indicación de sus Médicos tratantes de poder realizar el ejercicio físico. Algunos otros no la tenían porque se encontraban muy sedados por los medicamentos, lo cual era conveniente no realizarlo para evitar alguna caída, también los pacientes que estaban diagnosticados con algún problema de alimentación como anorexia o bulimia se les restringía cualquier ejercicio.

La actividad de ejercicio físico se realizaba los días lunes, miércoles y viernes, con una duración de aproximadamente 20-30 minutos. El encargado de

coordinar la actividad tenía que elegir la música que ocuparía para sincronizar los movimientos con las canciones.

Los terapeutas designados para asistir a los pacientes en sus habitaciones tenían que estar listos para subir por ellos a las 10:15 am, para que posteriormente a las 10:40 se encontraran en el jardín y se comenzara con las actividades programadas.

Estando todos los pacientes ubicados en el jardín, el terapeuta que le correspondía hacer el ejercicio físico, con voz alta se encargaba de invitar a que se acercaran todos los participantes para realizar la rutina física.

Se empezaba un calentamiento muy lento donde se iniciaba de arriba hacia abajo, por ejemplo se iniciaba con movimientos del cuello de un a lado a otro, se trataba de que abarcaran todas las partes del cuerpo y se hicieran movimientos. Una vez que se calentaron todos los músculos del cuerpo se comenzaba a realizar rutinas con un poco más de intensidad como era mover los brazos a la vez levantar las piernas. Finalmente se terminaba la rutina con un aplauso por parte de los participantes, se les daba algunos minutos para beber agua y después se incorporarían para continuar con el programa de actividades del día.

La rutina del ejercicio aunque era una actividad programada para realizarla durante 20 a 30 minutos, tres días a la semana, la actividad no se encontraba estructurada, quien se encargaba de esta tarea, son los prestadores de servicio social, quienes de acuerdo a su conocimiento y habilidades desarrollaban dicha rutina.

Se contaba con la ayuda de todos los psicólogos que presentaban el Servicio Social para apoyar en la actividad.

Cierre Terapéutico

Como rutina, diariamente se realizaba un cierre terapéutico con todos los pacientes, tenía como objetivo primordial incrementar la participación activa de los pacientes, con base a la autoexpresión de las actividades realizadas para que tuvieran un reconocimiento, aceptación y posible cambio conductual generado por el insight.

El Psicólogo invitaba a todos los pacientes a que formaran un círculo con las sillas, incitando a que los pacientes dieran su opinión acerca de las actividades que desarrollaron, promovía que hicieran algún comentario, que participaran, y posteriormente se hiciera una retroalimentación general sobre las aportaciones de los participantes, mencionando los objetivos terapéuticos del día realizado. El cierre tenía que ser preciso y claro para que los pacientes pudieran comprenderlo y lo aplicaran en su vida diaria. El terapeuta que coordinaba la actividad otorgaba cierta retroalimentación a cada uno de los pacientes. El Psicólogo tenía que estar seguro y abierto a todo tipo de comentarios que algunos pacientes pudieran expresar como enojo, aburrimiento, decir que no les sirvió de nada la actividad, y es ahí donde el terapeuta hacía énfasis en los objetivos y beneficios de realizar dichas actividades.

Conforme a lo observado durante el cierre puedo decir que se lograron los objetivos que se tenían planeados. A grandes rasgos la mayoría expresaba que les servía mucho estar en la terapia, pues sentían que si se quedaban en su habitación y no bajaban a realizar las actividades pensaban más en sus problemas personales, en la enfermedad y además se les hacía más largo el día, por lo que manifestaban un beneficio para su pronta rehabilitación. Algunos otros expresaban que gracias a las dinámicas, se daban cuenta de su forma de comportarse y que ahora que no veían a sus familiares valoraban mucho la presencia y apoyo que se les brindaba en la Institución.

Considero esta actividad como una gran experiencia, que me ha beneficiado en lo personal y profesional, ya que promueven varios aspectos, como

es la seguridad en ti mismo que es reflejada al momento de hablar en público, integrar los términos psicológicos con un sentido terapéutico que al relacionarlos puedan apoyar a los pacientes sobre su comportamiento.

Visita Médica

El objetivo de la visita médica era complementar la información del expediente clínico con base a la entrevista Médico- paciente.

Esta actividad se realizaba los días lunes y martes, consistía en entrevistar al paciente de nuevo ingreso. En esta visita médica participaban los médicos residentes, médico tratante, el médico adscrito de piso y un Psicólogo del área de terapia recreativa.

El médico adscrito iniciaba presentando a los residentes, al médico tratante y al Psicólogo. El médico tratante comenzaba con la entrevista, intentando indagar sobre el padecimiento actual del paciente. El resto del personal solo escuchábamos y observábamos. En ocasiones el adscrito preguntaba a los residentes si tienen alguna duda o desean preguntar algo más al paciente, eran pocas las ocasiones que agregaban alguna pregunta.

Finalmente se discutía la situación del paciente en la oficina de los residentes y analizan el posible diagnóstico, el tipo de medicamento y dosis a administrar. Por lo regular el adscrito nos pedía al Psicólogo que estaba algún punto de vista de cómo vimos al paciente o alguna opinión.

Considero que con las visitas médicas se recaba información muy valiosa que servía para ver cómo llega el pacientes y como se encontraba en las áreas personal, familiar y social.

Evaluación Psicológica observacional

La evaluación Psicológica tenía como objetivo dos partes, en la primera, se observaba el comportamiento del paciente como una forma de seguimiento del tratamiento. Se identificaba por ejemplo, si se encontraba más deprimido o más aletargado, o si tenía intentos de fuga, si estaba más agresivo. Este reporte se leía a la entrega de la guardia.

En una segunda parte del objetivo, se hace una evaluación diaria la cual se reporta al jefe de departamento de Psicoterapia, donde se reporta la calidad de la integración del paciente a las actividades o si se presenta un cambio de conducta diferente durante el día.

Este procedimiento consistía en que todos los Psicólogos reunidos en la "terrazza" designábamos a un colega para que se encargará de decir nombre del paciente, diagnóstico dado por el Médico tratante, edad y cuantos días tenía hospitalizado. Con estos datos y con lo observado clínicamente por los terapeutas comenzábamos analizar si había alguna evolución en su estado de ánimo, si su aliño era deficiente, si se integraba a las actividades, si se encontraba en el aquí y ahora, que conductas mostraba ante sus compañero etc. Finalmente se daba una posible intervención para que ese paciente pudiera tener una mejoría en su estado de ánimo, en la integración con sus compañeros, que participara, etc. Todo lo que creíamos que era importante para la valoración del paciente se escribe en un cuaderno para que la persona designada tenga que pasarlo a computadora y este se entregue al encargada del área de hospitalización. (Ver Anexo "C")

2.2 OTRAS ACTIVIDADES

Contabilizar el material artístico y recreativo.

Esta actividad tenía como objetivo controlar la salida y entrada de material con la finalidad de que los pacientes no tengan acceso al mismo, para evitar algún tipo de accidente. Esta tarea se realizaba por los profesionales del Servicio Social.

La parte de contabilizar y organizar material se realizaba los días martes y jueves cuando los pacientes realizaban actividades artísticas. El terapeuta asignado tenía que llevar una lista en donde se escribiera cada uno de los materiales que se ocuparía y repartir el material a los demás terapeutas que estarían apoyando en la realización de la actividad artística. Considero que esta actividad hace que estemos aún más comprometidos y sepamos la responsabilidad que se tiene al trabajar con este tipo de pacientes. Es importante considerar que son pacientes psiquiátricos y que en cualquier momento se pueden hacer autolesionar con algún lápiz, tijera, plumones, pinces, etc.

Cursos vivenciales

Dirigidos a: Profesionales de la salud mental.

El objetivo primordial de adquirir estos cursos es tener el aprendizaje de temas de interés clínico actualizados.

El área de enseñanza del Instituto de Psiquiatría tiene un programa diseñado para impartir cursos vivenciales a los profesionales interesados en temas de salud mental, estos cursos tienen un costo al público en general, pero a los prestadores de Servicio Social nos proporcionan una beca para tomar el curso sin costo alguno.

Se realizaban dentro y por personal del instituto, es una actividad opcional para adquirir estos cursos y donde te dan la oportunidad para escoger el tema de interés. Estos tienen una duración de una semana para ser acreedor a la constancia de asistencia.

Sesiones Clínicas

Dirigida a Profesionales de la salud mental. Esta actividad es obligatoria para los prestadores del Servicio Social.

Se asiste a estas sesiones todos los viernes con el propósito de adquirir herramientas clínicas para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente psiquiátrico.

La asistencia a revisión de casos clínicos se realizaba todos los viernes, esta actividad estaba organizada por los Residentes y Médicos Psiquiatras. Ellos eran los encargados de presentar algún caso que les parecía novedoso o que consideraban que valía la pena discutir con el personal de salud mental. A esta sesión asistían Trabajadores Sociales, Psicólogos, Neuropsicología y personal de Enfermería.

1.- Se presentaba la historia clínica del paciente, estudios realizados, pruebas psicológicas y reporte de trabajo social.

2.- Los expositores de la sesión preguntaban a los Residentes en Psiquiatría si tenían alguna opinión o duda.

3.- Con base a la historia clínica y al padecimiento actual los Residentes tenían que opinar dando un posible diagnóstico.

4.- Se presentaba el posible diagnóstico y exponían información e investigaciones sobre el padecimiento.

5.- Se abría la sesión para opiniones para el resto de los asistentes. .

En lo personal estas sesiones fueron de aprendizaje para saber cómo se lleva a cabo la evolución del paciente psiquiátrico y cuál sería el tratamiento indicado para que tengan una mejor calidad de vida.

2.3 MIS CONCLUSIONES COMO PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL EN EL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA.

Durante mi Servicio Social en el área de Terapia Recreativa obtuve ciertos beneficios satisfactorios, a pesar de no haber tenido seguimientos específicos de casos, considero que la labor realizada influyó directamente en los pacientes hospitalizados. Pienso que las sesiones de arte fueron una muy buena herramienta para que los pacientes pudieran expresar su sentir emocional (alegría, tristeza, amor, enojo, coraje, etc.) y al mismo tiempo fue un medio que me permitió tener acercamiento con los pacientes y así poder observar las conductas que ellos presentaban durante su estancia en la terapia, también para que ellos me tuvieran confianza y me comentaran como se sentían en cuestión de su padecimiento o simplemente para conocer un poco más sobre su vida. Debo confesar que cuando llegué el primer día a mi Servicio Social pensé que sería fácil poder tener comunicarme con los pacientes, pero conforme fue pasando la primera semana me percaté que era una población que no se comunicaba como cualquier persona con la que estás acostumbrado a tratar. Primero tenía que ganarme la confianza y hacer que me vieran como un Psicólogo y no como un amigo. Posteriormente yo mismo encontré mis estrategias para poder tener un proximidad más adecuada con ellos, a su vez me fueron teniendo confianza y así pude aportar más observaciones a la evaluación Psicológica que se realizaba diariamente.

Un logro importante fue el aprendizaje obtenido sobre manejo de grupos a través de la realización de las dinámicas grupales diarias. En lo personal nunca había tenido bajo mi mando a un gran número de personas, mucho menos con edades tan variadas y con problemáticas diversas, por lo que tener miedo y sentirme nervioso me pareció que era un tanto normal. Lo rescatable de este sentir fue que aunque me sentía nervioso y tenso al inicio de la dinámica, una vez iniciada mostraba seguridad. Conforme fueron pasando las semanas pude superar todo miedo, tensión e inseguridad para llevar a buen término la actividad. También

me percate que si confiaba en mis capacidades como como Profesionista me sería más fácil poder manejar al grupo, teniendo como consecuencia que todos los participantes se integraran, se divirtieran y reflexionaran. Por muy fácil que se viera aplicar una dinámica observé que no cualquiera la puede llevar a cabo si no tiene una preparación teórica, ya que cuando se mueve alguna emoción, tienes que encontrar la manera más eficaz para realizar la intervención y que no se te salga de control el resto del grupo.

Otro logro de las dinámicas fue conseguir momentos de reflexión en los pacientes. En general, las dinámicas tenían como objetivo que se divirtieran, se integraran al grupo de pacientes y tuvieran una reflexiona propia que la pudieran llevar a su vida cotidiana. Durante mi formación como Psicólogo siempre manejé la parte teórica, pero nunca imaginé que la práctica fuera totalmente diferente ya que la intervención psicológica es sumamente delicada y más cuando mueves algunas emociones en los pacientes y tienes que saber cómo llevar a cabo la intervención.

Haber realizado mi Servicio Social en una Institución de salud mental no fue nada fácil, ya que tenía que poner todo en práctica desde cómo me presentaba con ellos hasta como me comportaba, esto me ayudó a tener una mayor formación a nivel Profesional y tener el título de Psicólogo con los pacientes. Considero que asumir mi responsabilidad como Psicólogo me ayudó para sentirme seguro con ellos y conmigo mismo. Esta es la relevancia del Servicio Social la adquisición de habilidades a través del enfrentamiento al campo de trabajo.

Habilidades personales aprendidas dentro del Servicio Social

Manejo de grupos.- Haber realizado dinámicas grupales me ayudó a saber cómo dirigir a un grupo, ya que a pesar que tenía la base teórica para realizarlo, la realidad era otra al estar frente al grupo de pacientes. También dirigir la práctica de ejercicio físico que se llevaba a cabo me hizo adquirir seguridad para dar

indicaciones y atraer su atención en todo momento. Con esta habilidad adquirida me siento capaz de saber cómo llevar a un grupo dirigido por mí, adquirí una manera de hablar que fue idónea para dar indicaciones y a su vez fueran claras y fácil de entender para cada uno de los participantes. La participación de los pacientes era prioritario para poder lograr los objetivos que se planteaban en cada actividad programada, cosa que logré en cada situación que estuvo bajo mi aplicación.

Hablar en público.- Haber realizado varias actividades en donde implicaba tomar el mando del grupo me ayudó para controlar mi pánico escénico, en un principio era algo que yo mismo provocaba con mis ideas de preocupación de cómo los pacientes me veían, si me ponían atención, si les gustaba la actividad, si me explicaba a la hora de las indicaciones, si la manera de expresar mis ideas eran captadas por ellos, pero con la ayuda de mi supervisora me fui desprendiendo de estas ideas, fui logrando más seguridad en lo que realizaba y en la forma de hablar que era un aspecto importante a considerar al momento de aplicar alguna actividad. El tono de voz era otro aspecto importante que pude dominar durante el dominio de algunas actividades, tenía que ser una forma firme y en voz alta pero sin ser autoritario.

Empatía.- Adquirí la capacidad de escucha, pudiendo tener una conversación con pacientes de cualquier edad o padecimiento. Ahora considero que tengo una mejor empatía con ellos. Cuando me encontraba por concluir mi Servicio Social me di cuenta que esta empatía se vio reflejada al estar con algunos de los pacientes, cuando fueron dados de alta me dieron las gracias por este acompañamiento que realicé con ellos.

Iniciativa.- Cuando llegué al área de Terapia Recreativa sabía que había muchas cosas que se podían desarrollar individualmente, innovar las dinámicas grupales, juegos recreativos y algunas otras actividades como manualidades. Me siento satisfecho de lo realizado con mi Servicio Social porque tuve la oportunidad de tomar la iniciativa de algunas actividades para trabajar con los pacientes. Trate

de brindar apoyo en donde se necesitaba sin que alguien me lo pidiera, a cambio adquirí más conocimiento práctico. En ocasiones el responsable del área me reconoció por dar el ejemplo de mi proactividad como prestador de Servicio iniciaba, organizaba las actividades para que después la responsable del área decidiera si la propuesta era adecuada.

Trabajo en equipo.- Desde que fui a pedir informes sobre el servicio social me di cuenta que el trabajo en el área era trabajar en equipo, algo que realmente no lo desconocía pero estaba consciente que cualquier tipo de grupo tiene sus dificultades para entrar. Ya estando como prestador del servicio debo decir que me costó un poco adaptarme al equipo de trabajo ya que era nuevo, pero conforme fueron pasando los días fui tomado más en cuenta, para apoyar al grupo de trabajo. Faltando algunos meses para concluir mi Servicio varios colegas de otras universidades me veían como referente para trabajar con los pacientes, realmente me llenó de satisfacción saber que sé trabajar individual y colectivamente.

Observación clínica.- Uno de los objetivos por el que decidí emprender mi Servicio Social en esta área era porque me llama la atención observar las conducta de los personas y a su vez conocer sobre los diferentes patologías que existían. En esta parte me fue de gran utilidad todo la parte teórica que aprendí en la facultad, ya que me fue un poco más fácil familiarizarme con la gama de trastornos que pude observar durante mi estancia en con los pacientes. Creo que estar en constante contacto con los pacientes me ayudó para ir afinando mi observación clínica. Es una de las muchas habilidades que me gusto aprender dentro de la institución, esta herramienta estoy seguro que me ayudara para todo tipo de trabajo en el que quiera estar.

Responsabilidad.- Tengo la certeza que en cualquier tipo de institución en la que me encuentre tengo que estar consciente que la responsabilidad es vital para desempeñar una buena labor. Esta institución terminó por formarme en la parte de la responsabilidad, ya que yo como Psicólogo juego un papel importante

en donde tengo que mostrar mis valores, mi ética profesional y mi responsabilidad ante los pacientes.

En ocasiones, tuve a mi cargo la coordinación del trabajo de varias actividades de los prestadores de Servicio Social recién ingresados, la cual fue una responsabilidad importante por las consecuencias en el tratamiento de los pacientes. Por otra parte, desconocía la responsabilidad de mostrarle a nuevos prestadores de Servicio Social, la forma de trabajo adecuada para dirigir dinámicas o actividades aplicadas a los pacientes.

CAPITULO III. PROPUESTA AL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA

Cuando llegué el primer día a presentar mi Servicio Social en Terapia Recreativa, quien se encargó de orientarme en las actividades fue la responsable del área. Me mostró cada una de las actividades que se realizaban con los pacientes y algunos objetivos de las actividades, conforme fueron pasando los días los Pasantes que llevaban más tiempo en el área, me fueron orientando. Recuerdo la primera vez que me tocó llevar a cabo la rutina del ejercicio físico que se realizaban los tres días a la semana, como era la primera vez para mí, ellos mismos me guiaron sobre cómo realizar la rutina del ejercicio. Pude percatarme que las actividades que se llevaban a cabo, carecían de una estructura y organización.

Desde mi perspectiva, debido a la falta de estructura y organización del trabajo del área recreativa, con frecuencia los prestadores de Servicio Social tomaban muy informalmente la actividad del ejercicio físico. Además la falta de conocimiento teórico y en ocasiones hasta práctico para llevar a cabo la actividad, impediría que mis compañeros tampoco supieran qué ejercicios eran los indicados para llevar a cabo con los pacientes. Los responsables de la terapia sólo nos orientaban respecto a que los ejercicios tenían que ser moderados, pero no nos indicaban el procedimiento para hacerlo, ni cuantas repeticiones se tenían que

hacer, cómo se iniciaba el calentamiento, ni como tenía que terminar el ejercicio, es decir no había una orientación adecuada para la realización de dicha actividad.

Mi propuesta es que en el área recreativa exista un Manual de Inducción de Ejercicios para los Pasantes, con la finalidad que cuando algún prestador nuevo llegará a realizar su Servicio Social pueda tener bases teóricos-prácticos sobre el ejercicio físico y sus beneficios. Es importante tener el conocimiento de que ciertos ejercicios pueden ser contra producentes a la hora de realizarlos con los pacientes, si no se tiene el conocimiento de algunos ejercicios que provoquen alguna lesión.

Sería conveniente proporcionar una breve capacitación a los prestadores del Servicio Social para trabajar adecuadamente con los pacientes. Esto tendría que incluir información para la práctica del ejercicio físico y sus efectos positivos en pacientes psiquiátricos. Esto, con la finalidad de realizar una rutina adecuada para alcanzar el mayor bienestar físico, mental, emocional y social, lo cual se verá reflejado en la vida diaria de los pacientes.

Desde mi punto de vista como profesional de la salud pienso que el ejercicio o actividad física debe ser parte del tratamiento multidisciplinario que se le otorga al paciente después de su estancia en el Instituto. Considero que dar a conocer al equipo multidisciplinario, sobre el beneficio que conlleva la práctica del ejercicio físico será un trabajo arduo por la poca relevancia que se le otorga a esta actividad. Existe evidencia científica sobre la importancia y relación del ejercicio físico en pacientes psiquiátricos con depresión y ansiedad que avalan estos estudios¹³.

Creo firmemente que los Psicólogos encargados de impartir los talleres de psicoeducación a los familiares de los pacientes, además de abordar temas sobre la adherencia al medicamento, la parte nutritiva, los cuidados, etc, también podrían promover los beneficios que tiene la práctica del ejercicio físico. Menciono esta

¹³Mead, Gillian.(2010). **Ejercicio para la depresión**. Número 4. La biblioteca de Cochrane Plus, Oxford.

parte con el objetivo de que los profesionales de salud estemos en una misma sintonía y podamos mencionarles a los pacientes y familiares que el ejercicio tiene que formar parte de su estilo de vida. Por otro lado, también es importante que el Área Recreativa pueda ayudar a que los pacientes tomen como importante adherirse al ejercicio físico, donde se pueda abordar la relevancia de realizar las rutinas diarias y beneficios que se obtienen al llevar a cabo éste. El objetivo final es promocionar que los pacientes se hagan conscientes que realizar ejercicio fuera del Instituto podría tener un mayor bienestar emocional, social y mental.

Como mencionaba anteriormente el ejercicio físico para pacientes psiquiátricos, principalmente con depresión y estados de ansiedad, es de severa relevancia para la calidad de vida y bienestar general.

3.1 PROPUESTA DE ACTIVIDADES FISICAS

Toda sesión de ejercicios debe estar estructurada en tres etapas: *periodo de calentamiento, parte principal del ejercicio y vuelta a la calma.*

Calentamiento

De Vivian H. Heyward (2006) considera que la sesión de calentamiento debe ser con cuidado ya que las personas pueden realizar los ejercicios con demasiada fuerza y pueden correr el riesgo de lastimarse el cuello, la cintura o la columna.

Su fin es preparar progresivamente al organismo para soportar el trabajo a realizar. Deberá durar entre 5-10 minutos, y consiste en ejercicios a muy baja intensidad, Se pretende:

Eliminar la rigidez muscular del reposo.

Evitar lesiones óseomusculares.

Poner en funcionamiento progresivamente sistema cardiovascular y respiratorio.

Incrementar el flujo sanguíneo a los músculos progresivamente y su temperatura.

Estirar los músculos y tendones.

Preparar psicológicamente para el desarrollo de la sesión.

Haciendo especial hincapié en los músculos y articulaciones que se van a trabajar en los diversos ejercicios que componen la sesión.

Parte principal del ejercicio

Consiste en realizar las tareas diseñadas con las características de duración e intensidad dependiendo como se encuentra la población de pacientes psiquiátricos.

Vuelta a la calma

La finalidad es reducir progresivamente el ejercicio para retomar graduadamente al estado de reposo, ya que un cese brusco del ejercicio al completar la fase de esfuerzo puede llevar consigo síntomas molestos como desmayos, náuseas o vértigos sobre todo en ambientes húmedos o calurosos.

A continuación presento las figuras 1- 22 sobre algunos ejercicios como parte de mi propuesta.

Figura 1

Descripción: desde la posición de pie, elevar un pie hacia las caderas y tomar el tobillo. Flexionar la rodilla hacia arriba en dirección de los glúteos.



Ejercicio 2

Descripción: en decúbito lateral, flexionar la rodilla y tomar el tobillo. Empujar el pie contra la mano y llevar la pelvis hacia adelante.



Figura 3

Descripción: en decúbito prono, flexionar la rodilla y tomar el tobillo o el pie con ambas manos. Mantener las rodillas en el suelo y no arquear la espalda.



Figura 4

Descripción: en decúbito supino, tomar la rodilla y llevar hacia el tórax, luego flexionar la cabeza hacia la rodilla.



Figura 5

Descripción: desde una posición sentada con las piernas extendidas, tomar los tobillos y flexionar el tronco hacia las piernas.

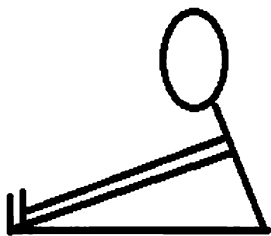


Figura 6

Descripción: desde el decúbito, con una pierna extendida y la otra flexionada, tomar la pierna con ambas manos y flexionar el muslo hacia el tronco.



Figura 7

Descripción: desde una posición sentada con las plantas de los pies juntas, colocar las manos sobre la cara interna de las rodillas y empujar hacia abajo en forma lenta.

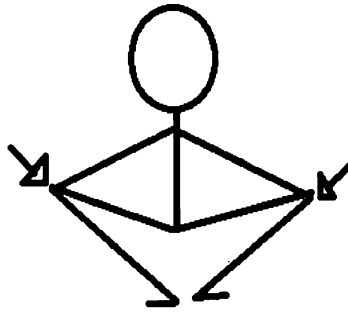


Figura 8

Descripción: de pie con las piernas separadas, flexionar una rodilla y una cadera y descender el cuerpo hacia el suelo en forma simultánea.

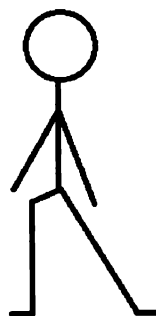


Figura 9

Descripción: desde una posición de pie, con los brazos sobre la cabeza, juntar las manos y flexionar el tronco hacia un lado no más de 20°.

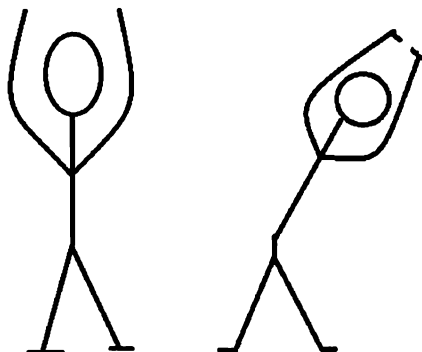


Figura 10

Descripción: desde una posición sentada con las piernas cruzadas, rotar el tronco hacia la derecha. Colocar las manos sobre la parte derecha del muslo y presionar. Repetir el ejercicio del lado opuesto.

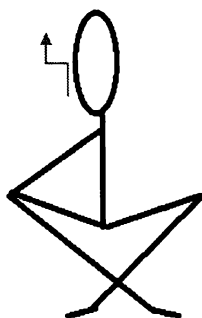


Figura 11

Descripción: sentarse con las piernas cruzadas y los brazos relajados sobre la rodilla. Bajar el mentón e inclinarla hacia adelante en un intento por tocar las rodillas con la frente.



Figura 12

Descripción: en decúbito supino con las piernas flexionadas, tomar los músculos debajo de las rodillas y llevarlas hacia el tórax. La región lumbar debe quedar plana contra el suelo.



Figura 13

Descripción: juntar las manos detrás del tronco con los codos extendidos. Levantar los brazos en forma lenta.



*Ejercicios que **NO** se recomiendan realizar, con el objetivo de evitar lesiones:*

Ejercicio 14 Hiperextensión del cuello: provoca lesión en los tejidos blandos



Figura 15 El arado: sufre especialmente la zona cervical

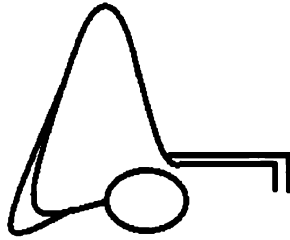


Figura 16 Cadera no sostenida/flexión del tronco: lesiones lumbares

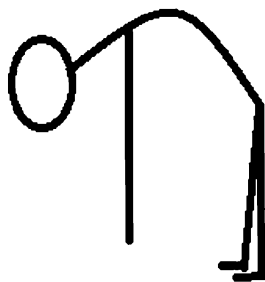


Figura 17 El levantamiento tipo cisne



Figura 18 Sentarse en forma de V

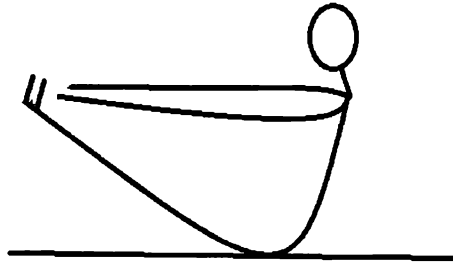


Figura 19 Levantamiento de la pierna con el tronco hiperextendido

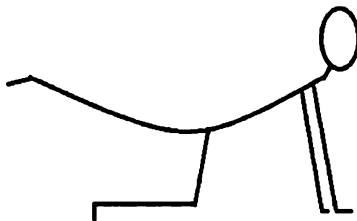


Figura 20 Estiramiento de los músculos de la parte posterior del musculo.

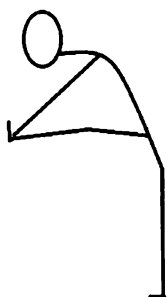


Figura 21 Sentadillas y flexiones profundas de las rodillas.



Figura 22 Estiramiento del vallista



3.2 EXPEDIENTES CLÍNICOS

En el área de Terapia recreativa específicamente considero que los Psicólogos deberían de tener un poco más de acceso a los expedientes clínicos con el fin de tener información y conocer a detalle la historia clínica de los pacientes. Con esto ayudaría a que los prestadores de Servicio Social elaboráramos una evaluación observacional fundamentada sobre el mantenimiento y evolución de cada paciente, a su vez ayudaría a saber una aproximación sobre cómo debemos trabajar con ciertos pacientes. En la actualidad el área solo cuenta con un expediente clínico que incluye el reporte del día entregado por los médicos de guardia lo cual es una información insuficiente para poder trabajar con mayor eficacia. Nosotros como prestadores de Servicio Social siempre trabajamos con esta poca información, y como consecuencia, solo podíamos hablar sobre la sintomatología y conductas que presentaba el paciente, sin poder realizar comentarios más integrales sobre el avance observado en el paciente.

3.3 CREACIÓN DE EXPEDIENTES DEL ÁREA RECREATIVA

Desde mi perspectiva, todo Profesional requiere una base para que posteriormente pueda partir de ahí hacia la intervención, con esto quiero decir que el Psicólogo tiene que contar con una historia clínica, una entrevista, algunas pruebas aplicadas o algún otra herramienta que pueda permitir tener información sobre cómo se encontraba el usuario anteriormente y actualmente, con la finalidad que nos pueda ayudar a establecer un diagnóstico y así tener un panorama más amplio sobre su evaluación e intervención con el paciente.

Mi sugerencia es que el área debería de realizar sus propios expedientes donde se pueda tener información sobre cómo llega el paciente a hospitalización, y con esto nosotros como parte del equipo de recreación sabremos cómo incluirlo al grupo y cómo trabajar a la hora de hacer alguna intervención. El área no cuenta

con ningún expediente donde los pasantes de Servicio Social puedan consultar algunas dudas sobre el padecimiento, historia familiar, motivo de internamiento, etc. En la mayoría de las ocasiones se tiene referencia de los pacientes a través de la poca información que se va recolectando conforme van pasando los días o bien por los médicos o enfermeros que nos llegan a comentar sobre los pacientes de manera informal. Creo firmemente que si se lograra que el área tuviese sus propios expedientes, el paciente se vería beneficiado al llevar a cabo con mayor eficacia y asertividad las observaciones clínicas que realizan todos los días, en provecho del progreso del usuario. Anexo "A" (Formato de expediente). Anexo "B" de entrevista.

CAPITULO IV. ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico, por su parte, es un concepto más específico ya que implica una actividad física más planeada, estructurada y repetitiva realizada con el objetivo de mejorar o mantener la condición física de la persona¹⁴.

El Ejercicio físico no es sinónimo de actividad física, ni de actividad deportiva. Se entiende que el ejercicio físico es la coordinación dinámica del trabajo muscular, que puede ser realizado por cualquier individuo que así lo desee, y que no implica técnicas complejas no requiere habilidades físicas y psicológicas superiores.

¹⁴ Ramos, P. (2007) *La actividad física en la Adolescencia*. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla, España. <http://cienciaydeporte.net/index.php/component/content/article/152-actividad-fisica-en-la-adolescencia.html?showall=1>

En este sentido, el ejercicio significa ejercitación, lo que le diferencia de ejercicio físico, que es el nombre dado a la acción dinámica resultante de la coordinación del trabajo muscular.

Asimismo, se distingue el ejercicio físico del deporte, donde éste último se caracteriza por la realización de actividades físicas pero ejecutadas bajo un sentido de competencia, y que con frecuencia está regida por reglas.

La actividad física generalmente se ha definido como todo tipo de movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía Alegria, Viscarret y Alegria, (2002). En este sentido, las actividades de rutina diaria como las tareas en el hogar, ir de compras, subir escaleras, ir al trabajo, etc. no podrían catalogarse como "un ejercicio estructurado", pero evidentemente constituyen actividades físicas.

Por ello es importante hacer la diferencia entre ejercicio físico y la actividad física.

La OMS, en 2007 especifica que la actividad física es "cualquier movimiento corporal que dé lugar a un gasto de energía". Por ejemplo: caminar, subir escaleras, limpiar la casa, bañarse, etc¹⁵.

Cuando utilizamos "la actividad física" como herramienta terapéutica y preventiva, entonces debemos hablar de prescripción de ejercicio físico que se define como el "proceso mediante el cual se recomienda a una persona un régimen de actividad física de manera sistemática e individualizada, para obtener mayores beneficios con los menores riesgos"¹⁶. La eficacia de los programas de

¹⁵ Organización Mundial de la Salud OMS (2007) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

¹⁶ Casajús, J. & Vicente-Rodríguez G. (Eds) (2011). *Ejercicio Físico y Salud en Poblaciones Especiales*. Exermet. España: Consejo Superior de Deportes. Recuperado el 12 de septiembre de 2015 de http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf

ejercicio físico está perfectamente demostrada en el tratamiento y prevención de numerosas situaciones.

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud.

Aunque se ha reconocido que el ejercicio es benéfico para la salud física y mental la participación de la mayoría de las personas en los programas de ejercicios es errática. Muchos niños hacen ejercicio con regularidad debido a que las clases de educación física son obligatorias en la escuela. Sin embargo, ya para la adolescencia, la práctica frecuente de ejercicio ha disminuido sustancialmente especialmente en las niñas y en los niños que no toman parte formalmente en los deportes¹⁷.

La práctica habitual del ejercicio físico puede resultar, asimismo de utilidad en la prevención de las enfermedades mentales, al hacer que la gente sea menos susceptible a los factores desencadenantes de las mismas.

En las últimas décadas se han llevado a cabo estudios científicos que demuestran los beneficios producidos en la salud por la práctica de actividad física, considerando la propia inactividad como un factor de riesgo¹⁸.

La actividad física no solo juega un papel importante en la prevención de enfermedad y en el restablecimiento de la salud, sino es un factor primordial para aumentar la calidad de vida, mejorando la autoestima, la sensación de bienestar y favoreciendo un mayor rendimiento laboral entre otras.

En los últimos años, los psicólogos de la salud han examinado el papel del ejercicio aeróbico en la conservación de la salud física y mental. El ejercicio

¹⁷ Shelley E. (2002) **Psicología de la Salud**. University of California, Los angeles. MaGraw-Hill Interamericana.

¹⁸ López, P. (2010) **Medicina de hoy: Salud y Actividad Física**. Madrid, España

aeróbico es un ejercicio sostenido que estimula y fortalece el corazón y los pulmones, mejorando la utilización de oxígeno en el cuerpo.

Es importante tener conocimiento de conceptos básicos para poder entender un poco más sobre la los beneficios que aporta la práctica del ejercicio en la salud mental, por tal motivo a continuación presentaré algunas definiciones y conceptos.

4.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que ocasionan un gasto de energía superior al estado de reposo.¹⁹ La actividad física abarca actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, de trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas

Ejercicio físico: es la actividad física planificada, estructurada, repetitiva e intencionada con el objetivo de mejorar o mantener uno o más de los componentes de la condición física.

Deporte: actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas.

Condición física: es la capacidad de llevar a término las actividades de la vida diaria con vigor y diligencia, sin cansancio indebido y con energía suficiente para disfrutar de las actividades del tiempo libre y para afrontar las emergencias imprevistas que se presenten.

¹⁹ Organización Mundial de Salud **Temas de salud: La actividad Física**. Blog recuperado 22 de agosto 2015. http://www.who.int/topics/physical_activity/es/

Prescripción de ejercicio físico: proceso mediante el cual se recomienda a una persona un régimen de actividad física de manera sistemática e individualizada, para obtener los mayores beneficios con los menores riesgos.

Salud: La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS de 1948: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

4.2 MODALIDADES DEL EJERCICIO FÍSICO

Ejercicios Aeróbico

Se refiere al ejercicio que implica o mejora el consumo de oxígeno por el organismo. El término aeróbico significa "con el oxígeno, y se refiere al empleo de oxígeno en el metabolismo del cuerpo o en el proceso de generación de energía. Muchos tipos de ejercicios son aeróbicos, y por lo general son realizados a una intensidad moderada durante periodos de tiempos.

Ventajas de realizar ejercicio aeróbico²⁰

El corazón se hace más fuerte: el músculo se refuerza y se hace más grande, mejora su eficacia del bombeo y reduce el ritmo cardíaco en reposo.

²⁰ European Food Information Council (2008). **Tipos de Ejercicio**. Sevilla, España. Recuperado el 30 de agosto de 2015 de http://www.eufic.org/upl/1/es/doc/ex_es.pdf

Mejora la salud muscular: el ejercicio aeróbico estimula el crecimiento de pequeños vasos sanguíneos (capilares) en el musculo. Esto ayuda a que nuestro cuerpo sea más eficiente a la hora de entregar el oxígeno al musculo, ayuda a mejorar la circulación general y reducir la tensión arterial.

Pérdida de peso: combinado con una dieta sana y un entrenamiento de fuerza apropiado, el ejercicio aeróbico puede ayudar a perder el peso.

Mejora la salud mental: el ejercicio aeróbico realizado regularmente libera endorfinas, los analgésicos naturales de nuestro cuerpo. Las endorfinas también reducen el estrés, la depresión y la ansiedad.

Menor número de enfermedades: el peso en exceso es un factor que favorece la aparición de problemas cardiacos, hipertensión, ataque cardiacos, diabetes y algunos tipos de cáncer.

Mejora el sistema inmunológico: la gente que hace ejercicio regularmente es menos susceptible a enfermedades virales como catarros y gripe. Es posible que el ejercicio ayude a activar si sistema inmunológico y lo prepare contra la infección.

Los investigadores han examinado el efecto del ejercicio aeróbico sobre los estados psicológicos, como por ejemplo, humor, ansiedad, depresión y estrés y han encontrado que el ejercicio tiene un papel beneficio tanto en la salud mental como para la salud física.

El ejercicio frecuente mejora el estado de ánimo y el sentimiento de bienestar inmediatamente después del entrenamiento; también puede haber una mejoría del estado de ánimo y bienestar social como resultado de la participación en un programa de ejercicio.

Ejercicio anaeróbico

Consiste en realizar actividades de alta intensidad como el levantamiento de pesas, carreras cortas a gran velocidad, hacer abdominales o cualquier ejercicio que precise mucho esfuerzo durante poco tiempo²¹.

La palabra anaeróbica significa "sin oxígeno" y en este caso se refiere al intercambio de energía sin oxígeno que se produce en los músculos al realizar este tipo de ejercicio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el ejercicio anaeróbico incrementa la masa muscular, y las células musculares necesitan energía por lo que, al gastar más energía, el organismo necesita recurrir a los ácidos grasos de reserva. Es aconsejable practicar los dos tipos de ejercicio para mantenerse en forma y tener una buena salud.

Beneficios de practicar ejercicio aeróbico

Desarrollar masa muscular y fortalecer los músculos.

Hace trabajar al corazón y al sistema circulatorio e incrementa la cantidad de oxígeno que se puede consumir durante el ejercicio.

Ayuda a evitar el exceso de grasa y controlar el peso.

Bases Generales de la prescripción del Ejercicio Físico

Lo más sorprendente, es quizás el hecho de que los profesionistas de la salud no recomiendan invariablemente el ejercicio físico, ni siquiera a pacientes a

²¹ Salabert, E. (2007) **Tipos de ejercicios: ejercicios anaeróbicos, cuáles son y beneficios**. México.
<http://www.webconsultas.com/ejercicio-y-deporte/vida-activa/tipos-de-deporte/el-ejercicio-anaerobico-1888>

los que especialmente les beneficiaría, como a los adultos mayores.²² No obstante que hay estudios que indican, que la recomendación del médico es uno de los factores que llevan a la persona a hacer ejercicio.

La prescripción del ejercicio físico se define como el "proceso mediante el cual se recomienda a una persona un régimen de actividad física de manera sistemática e individualizada para obtener los mayores beneficios con los menores riesgos".

Las nuevas recomendaciones elaboradas en el Reino Unido y EE.UU. prescriben sesiones regulares de una actividad de intensidad moderada. Así, caminar enérgicamente todos o casi todos los días durante unos treinta minutos ayuda a mejorar el bienestar físico y mental²³. El ejercicio físico en sesiones breves -por ejemplo, dos o tres sesiones de diez minutos cada una- es casi tan eficaz como hacer ejercicio de forma ininterrumpida durante el mismo tiempo y es más fácil de adaptar al ritmo de vida actual. Para aquellos a quienes no les gusta o les resulta imposible hacer ejercicio de forma planificada, el hecho de evitar o reducir el tiempo dedicado a actividades sedentarias puede resultar igualmente beneficioso. Por ejemplo, el simple hecho de permanecer de pie durante una hora al día en lugar de sentarse a ver la televisión consume el equivalente a 1-2 kg de grasa por año.

El objetivo fundamental de la prescripción de programas de ejercicio físico es:

- Ayudar a los practicantes a mejorar su estado de salud y mental.
- Reducir el riesgo futuro de padecer determinadas enfermedades.

²² Hernández, M. (2003) *Psicología del deporte*. Buenos Aires. Argentina

²³ Fernandez, L.(2004) European Food Information Council (2015). *Comida Sana*. Recuperado el 30 de agosto de 2015 de <http://www.eufic.org/page/es/salud-estilo-de-vida/comida-sana/>

- Mejorar su calidad de vida y el nivel de condición física.

Un programa de ejercicio físico no es correcto sino tiene en cuenta una serie de elementos que se encuentran a continuación. (Ver figura 5)

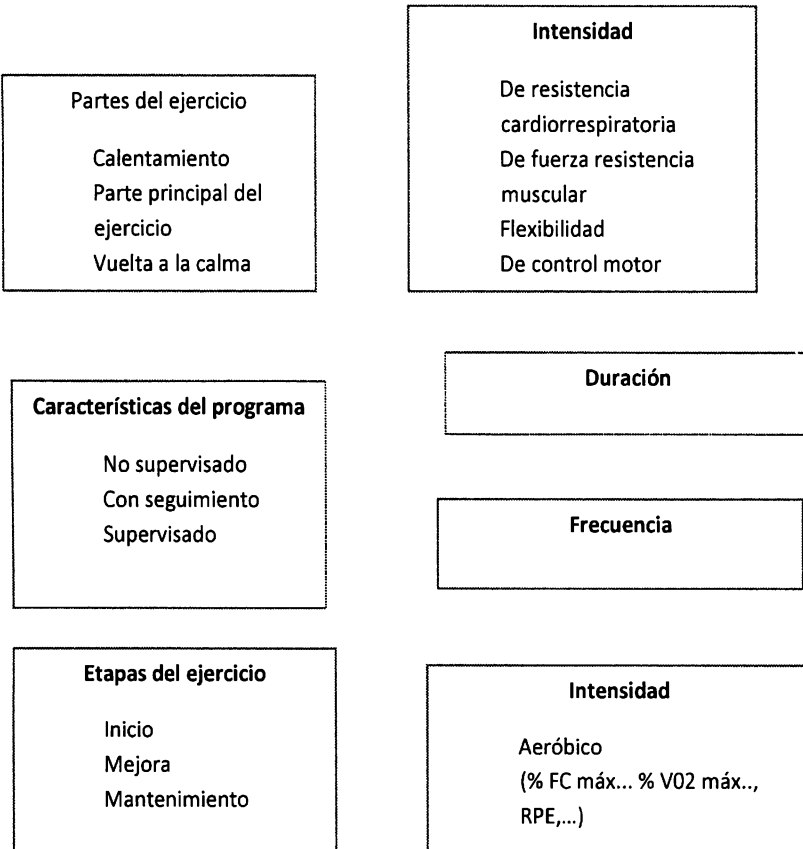


Figura. 5 Componentes de la prescripción del ejercicio físico.

Estos elementos generales hay que adaptarlos a las características de la población a la que va dirigida teniendo en cuenta el nivel de condición física, las preferencias individuales de actividad física, la respuesta al ejercicio y los objetivos personales.

4.4 EJERCICIO FÍSICO Y DEPRESIÓN

En los últimos tiempos, por nuestra forma de vida, ha aumentado notablemente la incidencia de estrés, ansiedad y depresión en la población. Aunque hay tratamientos tanto farmacológicos como terapias psicológicas, se ha visto que la práctica de ejercicio físico favorecen al bienestar de estas personas.

Las depresiones representan el área más importante de los trastornos afectivos y una de las alteraciones mentales más frecuentes en nuestros días. Se entiende como una alteración de la totalidad del sistema de la personalidad cuyas manifestaciones se pueden identificar en diferentes niveles: a nivel emocional, en forma de tristeza, soledad y aislamiento. En la relación con el autoconcepto se expresa como sensación reducida de auto-valía.

A continuación presento algunos estudios que muestran la evidencia que se tiene en relación Ejercicio Físico y Depresión²⁴

El ejercicio físico es más útil para reducir la depresión de sujetos deprimidos clínicamente que en deprimidos catalogados como normales. El tamaño de del efecto que se obtuvo después de ser analizados 80 estudios fue de -0.53, indicando que el entrenamiento físico reducía las puntuaciones de depresión en la mitad de la desviación estándar al contrastar con los grupos de comparación²⁵.

Craff y Landers (1998) reportaron un tamaño del efecto de -0.72, mostrando que sólo la duración del programa fue moderador significativo de los efectos

²⁴ Martínez, Ignacio (2012) **Efecto del ejercicio físico en los trastornos de ansiedad y depresión dentro de un grupo terapéutico**. Barcelona, España.

<http://nordicwalking-alfa.es/wp-content/uploads/2012/10/Investigaci%C3%B3n-deppdf.pdf>

²⁵ Infante, Guillermo (2009) **Actividad física y Bienestar Psicológico XVII Congreso de Estudios Vascos Innovación para el progreso social**. Vitoria-Gasteiz.

clínicos, siendo los programas de más de 9 semanas los que se asociaban con una mayor reducción de los síntomas de depresión.

En un reciente revisión de estudios (2006) (n=11) cuantitativos y cualitativos en pacientes diagnosticados con alta depresión el tamaño del efecto fue de -1.12 a favor de los grupos que practican ejercicio físico con respecto a los grupos de control.

También se ha demostrado que la práctica del ejercicio físico es tan efectiva como los medicamentos antidepresivos, tales como el sertraline. Más interesante resulta que después de 10 meses el grupo relacionado con la práctica decayó en síntomas depresivos en un 8% mientras que en el caso del grupo que ingería sertraline el tanto ¿por cierto aumento hasta un total de 38 %.

El análisis de la población indica que un alto porcentaje de sujetos sufren en algún tipo de depresión, siendo las mujeres más susceptibles a padecerla que los hombres. En un estudio en seis países, encontraron que el 4% de los hombres y el 8% de las mujeres sufrieron depresiones clínicas con alta prevalencia. El tratamiento suele ser médico y psicológico, aunque en los últimos años se está añadiendo al tratamiento del ejercicio físico, puesto que se ha demostrado su efecto beneficioso.

Diferentes investigadores han dejado constancia de la relación entre el ejercicio y la depresión²⁶. Biddle y Mutrie (2001) y Weyerer y Kupfer (1994) concluyen que el riesgo a caer en estados depresivos por parte de sujetos sedentarios, que no realizaron ejercicio físico, es significativamente más alto que de los practicantes constantes. Martinsen (1994) considera el ejercicio físico como una buena forma de prevenir la depresión. Craft y Landers (1998), observan que los programas de ejercicio físico producen cambios en la depresión, constatando la importancia que tiene en la recuperación.

²⁶ Mead, G., Morley, W., Campbell, P., Greig, C., McMurdo M. & Lawlor D. (2008). **Ejercicio para la Depresión**. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 1-43. Recuperado el 14 de junio de 2015 de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSaludMental/20098.pdf>

Por su parte, Sime (1984) ofrece una precisa y clara síntesis de los excelentes beneficios que el ejercicio acarrea para no caer o superar la depresión²⁷:

El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo y la oxigenación, por lo que el sistema nervioso central se ve beneficiado directamente.

Los niveles bajos de norepinefrina suelen asociarse a estados depresivos; está demostrado que el ejercicio aumenta estos niveles.

Las sensaciones corporales y de autocontrol que se viven con la realización de ejercicio pueden ayudar a salir de estados depresivos.

La mejora de la imagen corporal y el autoconcepto que se asocia al ejercicio también pueden prevenir y ayudar a salir de estados depresivos.

En palabras de Biddle (2000) hasta la fecha, se ha prestado poca atención a la contribución del ejercicio en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales, las enfermedades y el malestar mental general²⁸.

4.4 EJERCICIO FÍSICO Y ANSIEDAD

Los efectos del estrés pueden manifestarse a nivel somático-fisiológico, por ejemplo, en un aumento de la frecuencia cardíaca, un aumento de la presión arterial, una secreción aumentada de adrenalina y otras hormonas propias del estrés. A nivel psíquico, se puede experimentar tanto en lo emocional (tensión, frustración, cansancio, monotonía) como en lo cognitivo (falta de concentración, problemas para razonar, para sintetizar, vincular ideas).

Debido a que la ansiedad es una consecuencia del estrés y el ejercicio físico ha sido estudiado como una forma de influenciar la ansiedad, se centrará la

²⁷ Delgado, M., & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. 1ra. Ed. Barcelona: publicaciones INDE.

²⁸ Wiley, John (2008) *Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión* La biblioteca Cochrane <http://adasecperu.org/adasecpro/files/04.pdf>

atención en las relaciones que se establecen entre la ansiedad y el ejercicio físico, desde un punto de vista amortiguador, preventivo y protector sobre recursos promotores de la salud mental.

McDonald y Hodgdon (1991) desarrollaron un metaanálisis de 22 estudios en los que quedaba probada la reducción de la ansiedad a consecuencia de la participación en actividad física, tanto en lo que a ansiedad de rasgo se refiere como a la de estado.

Los beneficios generalmente suelen referirse a la ansiedad somática, y no a la cognitiva. Según ciertos estudios parece ser que los beneficios duran al menos hasta dos horas de haber concluido la actividad. Parece ser que al ejercicio regular diario puede reducir la ansiedad y evitar la aparición de la ansiedad crónica (Weinberg y Gould, 1996).

En un estudio ya clásico (Bahrke y Morgan, 1978) compararon un grupo experimental frente a otros dos grupos de control. El grupo experimental caminó durante 20 minutos en la cinta rodante al 70 % de intensidad respecto a su frecuencia cardíaca máxima. En los otros dos grupos de control los sujetos se dedicaban a la meditación y al descanso tranquilo. Se detectó que en los tres grupos mejoraban los valores de ansiedad, por lo que concluyeron que no reside en la naturaleza del esfuerzo físico la causa por la que descienda el estado de ansiedad, sino en el hecho de desviarse de la rutina habitual, el efecto de tiempo muerto, o huir de la realidad, desconectar. De ahí que en los tres grupos de la experiencia se cosecharan resultados satisfactorios.

El ejercicio aeróbico de intensidad moderada (alrededor del 60 % del VO₂ máx.), ha demostrado ser el más efectivo. Así, por ejemplo se han recogido reducciones en la ansiedad-estado tras sesiones de 30 minutos en cicloergómetro, pero no en sesiones de la misma duración en entrenamiento de fuerza con pesas (Raglin y Wilson, 1996).

Moses, Steptoe, Mathews y Edwards (1989) emplearon en su estudio 3 grupos con tratamientos distintos: uno mediante entrenamiento aeróbico de alta intensidad, otro con ejercicios aeróbicos a intensidad moderada, y el tercero con entrenamiento de fuerza y flexibilidad (como grupo control). Los tres programas duraron 10 semanas en base a 4 sesiones semanales. Al finalizar los mismos se comprobó que si bien las mayores mejoras fisiológicas las había alcanzado el grupo de entrenamiento aeróbico de alta intensidad, sin embargo el grupo que practicó sesiones aeróbicas moderadas fue quien registró descensos considerables en los niveles de ansiedad. Estos resultados no llevan a la conclusión de que no existe correlación directa entre intensidad del ejercicio y reducción de la ansiedad, sino que el nivel óptimo de mejora respecto a esta variable se sitúa en una franja de nivel moderada.

Según Petruzzello, Landers, Hatfield y Salazar (1991) hacen una revisión de los estudios de los últimos treinta años, llegando a la conclusión de que el ejercicio está asociado a la reducción, tanto de la ansiedad estado, como a la ansiedad rasgo:

El descenso de ansiedad con el ejercicio es mayor en la ansiedad rasgo que en la ansiedad estado.

Los efectos sobre la ansiedad estado son similares tanto a corto como a largo plazo, mientras que los efectos de la ansiedad rasgo son mejores a largo que a corto plazo.

Se producen mejores resultados con el ejercicio aeróbico que con el anaeróbico, tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo.

4.5 EJERCICIO FÍSICO Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Como mecanismos de naturaleza psicológica se mencionan a continuación:

a) el ejercicio físico favorece una mejor condición física, lo que dota a las personas que lo practican de una mayor sensación de bienestar; b) el ejercicio es una forma de meditación que desencadena un estado de conciencia alterado y más relajado; c) el ejercicio es una forma de feedback que enseña a las personas a regular su propia activación, proporcionando distracción, diversión, con tiempo de evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables; d) el esfuerzo social entre los practicantes puede reducir a estados psicológicos mejorados.

Se han propuesto varias hipótesis, tanto psicológicas como fisiológicas, para explicar el funcionamiento de los ejercicios físicos en el aumento de bienestar psicológico.

La literatura especializada sobre el tema ha puesto de manifiesto que existe una asociación entre la práctica del ejercicio físico y una mejora del estado de ánimo del sujeto. Se ha estudiado que existe un proceso de neurotransmisión cerebral que produce sustancias favorecedoras de un buen estado de ánimo: endorfinas, encefalil, serotonina, dopamina y norepinefina.

Desde una vertiente más psicológica el bienestar psicológico se puede referir más hacia las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayudan a llegar a un estado de salud más óptimo, por lo tanto tendría una dimensión básica y general que es subjetiva y estaría compuesta por otras dos dimensiones : una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (estados de ánimo de los sujetos) y otra centrado en los aspectos cognitivos (evaluación por parte del propio sujeto de su satisfacción con la vida.²⁹

²⁹ Dosil, J. (2008). **Psicología de la actividad deportiva**. España: editorial Interamericana.

Pese a todo, se debe rechazar la idea de que toda actividad o deporte lleva a la salud, ya que tienen que estar bien dirigidos los objetivos que se pretendan perseguir. No existe un consenso con respecto a las condiciones que debe reunir el ejercicio físico para considerarlo beneficioso para la salud; sin embargo, los trabajos sobre el tema apuntan en una misma dirección³⁰.

Frecuencia: tres a cinco veces por semana

Intensidad 60-90% del ritmo cardíaco máximo (entre un 50-85 % de consumo máximo de oxígeno).

Duración: 20 a 60 minutos

Tipo de actividad: los ejercicios aeróbico son lo que se consideran más apropiados. Los ejercicios aeróbicos son actividades físicas que comportan el uso continuo y rítmico de los músculos que se realizan durante 30 minutos.

Las investigaciones sobre la salud y su relación con el ejercicio físico han aumentado en las últimas décadas. La mayoría de los estudios se han centrado en los efectos físicos y psicológicos de un adecuado ejercicio físico. En los siguientes apartados señalo los aspectos más relevantes de cada uno.

Bienestar Psicológico

Los trabajos sobre los efectos beneficiosos del ejercicio físico y el deporte en salud mental y en el tratamiento de problemas psicológicos del individuo han incrementado en los últimos años. Las civilizaciones antiguas propugnaban el uso terapéutico del ejercicio con fines tantos físicos como psicológicos.

Existen varias hipótesis, tanto psicológicas como fisiológicas, que podrían explicar el porqué de todo esto, entre las que destacan dos: la hipótesis de distracción y la hipótesis de las endorfinas.

³⁰ Moncada, J. (2013). *Efectos del ejercicio y el entrenamiento físico en el desarrollo, el rendimiento y la salud humana*. Editorial: Universidad de Costa Rica.

Hipótesis de la distracción: esta hipótesis afirma que la mejora de es debida a la distracción que se experimenta cuando se hace ejercicio. Esta actividad hace que se desvíe la atención del problema que le preocupa. Diversas evidencias indican que el ejercicio físico parece reducir la ansiedad al estimular una interrupción al estrés. Sin embargo, esta reducción es mucho más duradera después de realizar ejercicio físico que después de haber descansado.

Hipótesis de las endorfinas: esta hipótesis expone que el cerebro, la hipófisis y otros tejidos producen diversas endorfinas que pueden reducir la sensación del dolor y producir un estado de euforia. En estos estudios se miden los niveles de endorfinas y el estado de ánimo antes y después de una rutina de ejercicio. Los resultados expresan un alto nivel de endorfinas y unos resultados positivos en el estado de ánimo después del ejercicio³¹.

El respaldo existente de la hipótesis de la distracción procede del experimento de Bahrke y Morgan, en 1978, en este estudio se asignó aleatoriamente a varios sujetos a grupos de ejercicio físico, de meditación y distracción, donde se aplicaron varios tratamientos de 20 minutos de cada uno. Al grupo de ejercicio se le hizo correr en una rueda giratoria, el grupo de la distracción descansó tranquilamente en sillas placenteras dentro de una habitación insonorizada. Los resultados obtenidos a todo ello indican que el ejercicio a un 70% de intensidad, la meditación y el descanso tranquilo son efectivos, en igual manera, en la reducción de la ansiedad inmediatamente después de la conclusión del tratamiento³².

³¹ Gonzalez, J. (1992). *Fisiología de la actividad física y deportiva*. 4ta ed. Madrid: Interamericana

³² Martínez, S., Goldschmidt, B. & Manjón, A., Ortiz O'C. (2012). *Efectos del Ejercicio Físico en los Trastornos De Ansiedad y Depresión dentro de un Grupo Terapéutico*. Ayuntamiento de L'Alfàs del Pi. 1-7. Recuperado el 6 de julio de 2015 de <http://nordicwalking-alfa.es/wp-content/uploads/2012/10/Investigaci%C3%B3n-deppdf.pdf>

Sobre los mecanismos explicativos de naturaleza fisiológica se citan a Plante y Robin, 1990: a) incremento en la temperatura corporal debido al ejercicio físico lo que deriva en un efecto tranquilizante a corto plazo; b) el incremento de la actividad adrenal, lo que facilita la adaptación al estrés; c) reducción del potencial nervioso del músculo en reposo después de la realizar ejercicio lo que ocasiona una liberación de la tensión; d) la secreción de sustancias neurotransmisoras como la noradrenalina, la serotonina y la dopamina inducida por el ejercicio, lo que provoca una mejora del estado anímico; e) mejoras psicológicas como resultado de la liberación de endorfinas a causa del ejercicio³³.

Se sabe que cuando se realizan actividades físicas fuertes el cerebro produce una gran cantidad de sustancias llamadas endorfinas. La principal acción de las endorfinas es bloquear los detectores del dolor en el cerebro. Las zonas del cerebro implicadas en la liberación de endorfinas para producir analgesia se encuentran en el encéfalo y el mesencéfalo³⁴.

Parece ser que el ejercicio vigoroso, aun por periodos cortos, puede hacer que se eleven los niveles sanguíneos de endorfinas por encima de lo normal, durante varias horas. He aquí entonces la propuesta de un mecanismo para elevar nuestro nivel de "morfinas internas" sin necesidad de recurrir a las drogas que, como ya analizamos, resultan totalmente nocivas.

La idea de que las endorfinas son las responsables de que el ejercicio nos procure una sensación de bienestar, euforia y hasta felicidad es quizá una combinación de factores psicológicos y fisiológicos.

Los beneficios psicológicos del ejercicio físico incluyen cambios positivos en las autopercepciones y bienestar, mejora de la autoconfianza y la conciencia,

³³ Guillen, M. (2009). **Las ciencias de la actividad física y el deporte como fundamentos para la práctica deportiva**. Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.

³⁴ Sánchez, Carmen (2001) **Endorfinas: drogas del bienestar** ¿Cómo ves? Revista de divulgación UNAM, recuperado 16 de septiembre <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/29/las-endorfinas>

cambios positivos en los estados emocionales, incremento del bienestar mental, la alerta y la claridad de pensamientos, incremento de la diversión a partir del ejercicio y los contactos sociales.

Algunos de los resultados que se obtuvieron en diferentes trabajos, Guillen y Castro (1997), presentan ciertos beneficios psicológicos que conlleva la actividad física.

- La paciencia
- La capacidad de caminar
- La capacidad de generalización
- la distracción que proporciona
- Los hábitos positivos que crea
- El desahogo que proporciona

En general, que la actividad física y el deporte practicado de forma correcta contribuye al bienestar psicológico del individuo.

Bienestar psicosocial

La práctica deportiva, bien sea individual o colectiva, implica interacciones sociales que podrían ser beneficiosas o perjudiciales, según los valores que se establezcan. Los estudios sobre valores y la forma de practicar ejercicio físico y deporte han centrado el interés de numerosos pedagogos y psicólogos del deporte, asumiendo que un buen ambiente ayuda a la formación de una serie de valores, como: cooperación, amistad y empatía.

Alfaro (2000) recopila algunos de los efectos psicosociales de la actividad física y el deporte.

- Facilita el contacto con el entorno social y las relaciones interpersonales.

- Favorece la aceptación de las normas sociales.

- Contribuye a la formación del carácter dentro del marco de los valores y las actitudes, como son el autocontrol, la voluntad, la disciplina, la honradez, la superación personal, la participación y la sociabilidad.

- Proporciona un recurso importante para la ocupación del tiempo de ocio.

- Ayuda a la adopción de un estilo de vida acorde con las pautas de conducta propias de la sociedad de nuestro tiempo.

Los efectos benéficos del ejercicio sobre el estado de ánimo puede deberse a factores relacionados con el ejercicio, tales como la actividad social y la sensación de relacionarse con otros. Por ejemplo pasear en bicicleta con amigos, ir a nadar con un compañero y correr con un grupo, pueden mejorar el estado de ánimo debido, en parte, a la compañía que se tiene al practicar el ejercicio.

Estilos de vida del paciente psiquiátrico

Mendoza y Batista (2002) se refieren al estilo de vida como un conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir un individuo. Este conjunto de conductas del sujeto, que definen su calidad de vida, fueron constatadas en diferentes estudios. Entre los positivos, destaca: una alimentación correcta, una actividad física realizada con una frecuencia, intensidad y duración adecuada; entre los negativos se encuentran consumo de tabaco, alcohol y otras drogas nocivas³⁵.

El estilo de vida se considera una conducta aprendida que se forma en las primeras etapas de desarrollo de un individuo y una vez adquirido es muy difícil de modificar. Entre los factores que influyen en la adquisición y los mantenimientos del estilo de vida, Gutiérrez (2000) identifica los siguientes: personales,

³⁵ Marquez, S. (1995). **Beneficios de la actividad física**. *Revista de Psicología General*. Insituto Nacional de Educación en León, México.

psicosociales, grupales, sociodemográficos, culturales y ambientales. Sin embargo tal vez, sea el grado en el que se cubren las necesidades humanas el mejor indicador para saber si una persona ha alcanzado una calidad de vida adecuada.

Se ha relacionado con los buenos indicadores sanitarios que disfrutaban los países del sur de Europa. Dentro de los "integrantes" del estilo de vida se incluye la dieta, el ejercicio físico, el control de estrés, el alto apoyo social y también pasar más tiempo al aire libre³⁶. En la medida que se ha demostrado que pacientes afectados de distintas, prevalentes y graves enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neurológicas pueden mejorar mucho su pronóstico vital cuando modifican aspectos de su estilo de vida. La depresión y la ansiedad podrían muy bien añadirse a este grupo de enfermedades, ya que sabemos que existe una relación bidireccional entre ella y la mala alimentación, el sedentarismo, la desorganización de los ritmos vitales.

Los efectos secundarios de la propia medicación para tratar la enfermedad mental pueden agravar o añadir riesgos adicionales, como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares o síndrome metabólico. En consecuencia, en estos pacientes adquiere gran importancia la promoción y el mantenimiento de un estilo de vida saludable³⁷. Las actuaciones sobre el estilo de vida pueden resultar efectivas tanto para disminuir la morbilidad, la mortalidad y aumentar la calidad de vida, como para optimizar el rendimiento clínico del tratamiento utilizado, incrementar su cumplimiento o mejorar la relación médico-paciente.

Las principales barreras para su implementación son factores derivados de la propia enfermedad y del tratamiento, como falta de motivación, baja autoestima

³⁶ García, M. (2002). **Psiquiatría y salud mental: la adherencia a la recomendaciones al estilo de vida en pacientes con depresión**. Barcelona, España.

³⁷ Mora, Ramón (2011) Salud mental: Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. Link recuperado <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-medicina-del-estilo-vida-importancia-90102755>

y confianza, o la sedación o aumento de peso secundarios al tratamiento farmacológico.

La promoción de estilos de vida en pacientes psiquiátricos implicar conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud mental de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y mental. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud apresados mediante la investigación epidemiológica.

Ejercicio Físico

Nutrición adecuada

Adherencia terapéutica

Los investigadores también han evaluado una cuestión más global y abarcadora acerca de los efectos del ejercicio físico en la calidad de vida. La frase calidad de vida se define como una capacidad de funcionamiento conductual, o ser capaz de "hacer las cosas de todos los días" y vivir lo suficiente como para realizarlas³⁸.

Los individuos físicamente activos tienden a tener mejor estado de salud, más energía, actitudes más positivas, e informan mayor capacidad de enfrentar el estrés o la tensión.

El ejercicio produce pequeños incrementos en el tiempo de sueño, aunque no tiene efecto en el tiempo para quedarse dormido.

Los programas de ejercicios contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas al afectar las influencias, el estrés percibido, la salud física y la satisfacción de vida.

³⁸ Weinberg, R.(2010). **Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico**. 4ta Ed. Madrid Editorial medica panamericana.

CONCLUSIONES:

Durante la estancia en mi Servicio Social y mi experiencia vivida en el área de Terapia Recreativa quisiera hacer algunos comentarios concluyentes:

1.- En lo personal considero que fue relevante mi estancia dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría, ya que me permitió desarrollar habilidades que me servirán para seguir formándome en la parte personal así como en mi formación Profesional.

2.- Es una Institución que transmite un ambiente de armonía y respeto, pues desde que entras a la puerta principal los policías te brindan un respeto y que decir de los profesionales que laboran en el mismo. Esto ayuda a que exista una confianza para desenvolverte tanto a nivel profesional como en lo personal. Considero que no todas las Instituciones de salud mental brindan este tipo de ambiente para sus profesionales que laboran ahí.

3.- Es importante mencionar que el Instituto cuenta con la infraestructura adecuada para seguir ofreciendo una óptima atención al usuario. En lo personal puedo decir que todos los servicios con los se cuentan están en óptimas condiciones.

4.- Los alumnos como prestadores del Servicio Social son aceptados rápidamente para integrarse al equipo de trabajo con los pacientes.

5.- La capacitación que brinda el Instituto a los prestadores de Servicio Social es de excelencia ya que muestran los estudios más recientes sobre temas de salud mental, los profesionales que dan los temas te brindan una atención para que como profesionista entiendas mejor la problemática de los pacientes psiquiátricos. Es un lugar donde puedes compartir tus puntos de vista con algunas otras profesiones.

Desde mi experiencia dentro del hospital de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" mi visión acerca de la situación que se vive en el área de Psicología es la siguiente.

1.- No existe un equipo de trabajo multidisciplinario que permita un mayor funcionamiento más integrado en beneficio de los pacientes, es decir falta más comunicación entre Médicos Psiquiatras y Psicólogos de Terapia Recreativa para tener un mejor funcionamiento en pro de la rehabilitación del usuario hospitalizado.

2.- Es importante considerar que el ejercicio físico es una actividad que debe estar bien estructurada y planificada para que los pacientes consideren que el ejercicio debe ser parte del estilo de vida, para tener la posibilidad de obtener resultados satisfactorios para su salud mental, física y social. La propuesta del ejercicio físico, sería revisar información sobre el ejercicio físico como parte del estilo de vida para la población Psiquiátrica.

Pues es importante considerar que no todos los pacientes pueden realizar ejercicio físico en todo momento, hay necesidad de supervisar el tipo de rutina adecuarlo para el paciente.

3.- La evaluación Psicológica es una parte fundamental del área por lo que considero que se debe buscar alguna evaluación que ya esté estandarizada para que se obtenga mayor objetividad a la hora de realizar la evaluación a los pacientes y así obtener mayor información en pro de ofrecer un mejor trabajo por parte de los prestadores de Servicio Social.

ANEXO “A” FORMATO DE ENTREVISTA CLÍNICA

ANEXOS

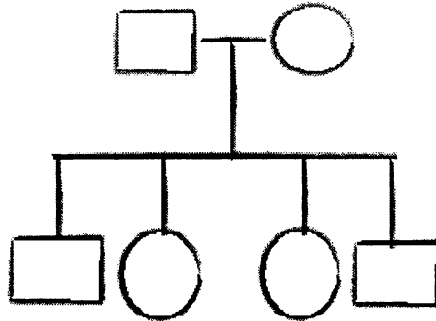
Anexo "A" PROPUESTA DE FORMATO DE ENTREVISTA CLÍNICA EN EL ÁREA DE TERAPIA RECREATIVA

ENTREVISTA INICIAL PSICOLOGÍA

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE _____ DX _____ EDAD _____
SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ FECHA DE ING. _____
RELIGIÓN _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____
DOMICILIO _____

II.- FAMILIOGRAMA (ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR)



III.- OBSERVACIONES DE CONDUCTA

IV.- CIRCUNTANCIAS ACTUALES DE VIDA

V.- HISTORIA PERSONAL DE DESARROLLO SOCIAL

VI.- PROBLEMÁTICA CENTRAL (PROBLEMA MANIFIESTO Y LATENTE, DISCURSO VERBAL Y NO VERBAL, EDO. EMOCIONAL).

ANEXO “B” FORMATO DE ACTIVIDADES DIARIAS



2015

Anexo “B” Formato de actividades diarias

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ejercicio Físico					
Coord./Terapeuta.					
Objetivos					
Dinámica					
Coord./Terapeuta.					
Objetivos					
Actividad					
Coord./Terapeuta					
Material y explicación.					
Objetivos					
Cierre					

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Tratamiento I Hombres				
2	Tratamiento II Mujeres				
3	Tratamiento III Mujeres				
4	Tratamiento IV Mujeres				
5	Tratamiento V Mujeres				
6	Curso sobre salud mental				
7	Análisis Psicológico				
8	Visita Médica				
9	Bodega				
10	Puerta/Entrega. Material paciente.				

1.- 1° al 5° Se encuentran el nombres de los terapeutas que se encargaran de ir por los pacientes a sus habitaciones para llevarlos a dichas intervenciones y los mismo terapeutas serán encargados de regresar a sus estancias de los usuarios.

6.- Aquí se encuentra el nombre del terapeuta que deberá asistir al curso vivencial sobre temas relacionados a la salud mental.

7.- Aquí se escribe el nombre del terapeuta quien se encargara de redactar las observaciones sobre los pacientes.

8.- Aquí se encuentra el nombre del terapeuta que asistirá con los Médicos residentes y el Médico adscrito a realizar la visita al paciente.

9.- Aquí se encuentra el nombre del terapeuta que se encargará de acomodar el material que se encuentra en un curto para guardar utensilios del área Recreativa.

Psic. María Guadalupe Trejo Corona
Responsable del Área de Terapia Re-Creativa

**Anexo “C” EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL ÁREA DE
TERAPIA RECREATIVA**



LUNES 04

FECHA 04 al 08 de agosto 2014

T	NºEX P	EDA D	SEX O	Dx	PACIENTE
I	1717 91	32	M	F23	R. Castillo Luis Manuel: Se observa con afecto bajo, realiza las todas las actividades programadas
II	1719 61	17	F	F42	Marín J. Lizet: Se observa mejoría en sintomatología (socializa con sus compañeros, se integra y realiza las actividades terapéuticas).
II	1720 58	57	F	F42	S. Rodríguez Verónica Juana: Se observa con mejoría en sintomatología, se integra a las actividades y socializa.
V	1718 83	26	F	F23	Ibarra G. María T.: Se observa con afecto adecuado.

MARTES 05

T	NºEX P	EDA D	SEX O	Dx	PACIENTE
I	1694 98	26	M	F20	López V. Octavio: Realiza las actividades terapéuticas, inicia y continua la socialización con compañeros y terapeutas.
II	1706 05	37	F	F23	Estrada P. Miriam: Efectúa todas las actividades programadas, con sus compañeros y terapeutas logra continuar una conversación.
III	1723 16	52	F	F23	Ceballos R. E. Gregoria: Realiza las actividades terapéuticas y socializa con compañeros de trabajo en mesa.
	1556 72	40	F	F30	García S. Jessica: Participa y realiza todas las actividades programadas.
IV	1303 20	25	F	TBP	Guerrero F. Erika: Se observa con afecto adecuado y buena capacidad de

T	N°EX P	EDA D	SEX O	Dx	PACIENTE
I	1336 22	25	M	F23	García Rodríguez José Antonio: Se observa con lentitud en el lenguaje y rigidez motriz.
II	7936 8	36	F	F33	Pérez Aponte Tanea Fabiola: Realiza todas las actividades, se observa con afecto adecuado (sonríe, bromea, socializa, se integra). Realiza todas las actividades

					interacción. Se integra y socializa.
V	1719 26	55	F	F23	Equihua Virrueta Abelina: Fue regresada a su tratamiento por presentar sangrado nasa. l
	1365 98	54	F	F32	Zamora García Graciela: Se observa con afecto aplanado, aparentemente sin mejoría.

MIERCOLES 06

III	1427 95	57	F	F43	Ramírez R. Leticia B: Dificultad para socializar e integrarse a las actividades.
	1723 16	52	F	F23	Ceballos R. E. Gregoria: Mejoría en sintomatología (socializa, sonríe, se integra a las actividades).
	1717 75	44	F	Fx60	Carrasco D. Madai: Se integra a las actividades socializando, se observa con afecto adecuado.

JUEVES 07

T	N°EX P	EDA D	SEX O	Dx	PACIENTE
I	1725 34	21	M	F23	González H. Alejandro: Refiere ya no tener alucinaciones auditivas, muestra interés por que terapeutas le comenten sobre la mejoría que observan de él.
IV	1720 98	50	F	F32	R. Sandoval Josefina: Presenta llanto al referir que su hija que está enojada con ella (madre), sin embargo se integra, socializa y realiza las actividades.
V	1719 26	55	F	F23	E. Virrueta Abelina: Se observa con dificultad para seguir instrucciones en las actividades artísticas.

VIERNES 08

T	N°EXP	EDAD	SEXO	Dx	PACIENTE

Reporte de medicamentos

NOMBRE PACIENTE Y TRATAMIENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO DOSIS	NOMBRE Y FIRMA QUIEN LO APLICA MEDICAMENTOS
ANA JOSEFINA ARCADIA	HORA NITROFORANTOINA 1CAP 12:10 HRS	SARA XOCHITL GARCÍA

DIA	TERAPIA ARTISTICA		DINAMICAS VIVENCIALES Y DE TRABAJO		ACTVS RECREATIVAS Y LUDICAS
	Nombre	Objetivos	Nombre	Objetivos	Objetivos
Lunes			"La burbuja "	Tolerancia Creatividad Atención Identificación	Tolerancia Atención Motricidad fina y gruesa Trabajo en equipo Creatividad
Martes	"Cerámica"	Creatividad Toma de decisiones Planeación	"Voleibol en círculo"	Motricidad fina y gruesa Motivación Atención Aprendizaje positivo	
Miércoles			<ul style="list-style-type: none"> • "Reconociéndonos" • "La historia de Juan y Juana" • "Consejo de mi Yo futuro" • "Identidad de roles" 	Memoria Socialización Integración Percepción Reflexión Creatividad Tolerancia Manejo de rol Autoestima Comunicación	
Jueves	"Cerámica"	Creatividad Planeación Toma de decisiones	"Galerías"	Creatividad Acentuando lo positivo Percepción de actitud	
Viernes			"Películas en mímica"	Atención Creatividad Memoria	Tolerancia Atención Motricidad gruesa Trabajo en equipo Creatividad

Psic. Alma H. Arzaluz L.
Nº. Ced.Prof. 1884032

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casajús, J. & Vicente-Rodríguez G. (Eds) (2011). *Ejercicio Físico y Salud en Poblaciones Especiales. Exernet*. España: Consejo Superior de Deportes. Recuperado el 12 de septiembre de 2015 de http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblacion_es_especiales.pdf

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2015). *Cobertura Universal en Salud*. Recuperado el 18 de octubre de 2015 de http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/cober_universal.html

Delgado, M., & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. 1ra. Ed. Barcelona: publicaciones INDE.

Dosil, J. (2008). *Psicología de la actividad deportiva*. España: editorial Interamericana.

Estrategia Humana (2009). *Niveles de Atención de Salud*. Recuperado el 22 de julio de 2015 de <https://ehumana.wordpress.com/2009/10/28/niveles-de-atencion-a-la-salud/>

European Food Information Council (2008). *Tipos de Ejercicio*. Recuperado el 30 de agosto de 2015 de http://www.eufic.org/upl/1/es/doc/ex_es.pdf

European Food Information Council (2015). *Comida Sana*. Recuperado el 30 de agosto de 2015 de <http://www.eufic.org/page/es/salud-estilo-de-vida/comida-sana/>

García-Toro, M., Ibarra O., Gili, M., Serrano, M., Vives, M., Monzón, S. ... Roca, M. (2012). La adherencia a las recomendaciones de estilo de vida de los pacientes con depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (4), 236-240. Recuperado el 27 de junio de 2015 de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989112000973>

Gonzalez, J. (1992). *Fisiología de la actividad física y deportiva*. 4ta ed. Madrid: Interamericana

Guillen, M. (2009). *Las ciencias de la actividad física y el deporte como fundamentos para la práctica deportiva*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.

IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México (2011)

Infante, B. & Fernández, A. (2009). *Actividad física y bienestar psicológico*. España: XVII Congreso de Estudios Vascos. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/congresos/17/01890205.pdf>

Larun, L., Nordheim, L., Ekeland, E., Hagen, K. & Heian, F. (2008). Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1. 1-38. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de <http://adasecperu.org/adasecpro/files/04.pdf>

Martínez, S., Goldschmidt, B. & Manjón, A., Ortiz O'C. (2012). Efectos del Ejercicio Físico en los Trastornos De Ansiedad y Depresión dentro de un Grupo Terapéutico. *Ayuntamiento de L'Alfàs del*

Pi. 1-7. Recuperado el 6 de julio de 2015 de <http://nordicwalking-alfa.es/wp-content/uploads/2012/10/Investigaci%C3%B3n-deppdf.pdf>

Mead, G., Morley, W., Campbell, P., Greig, C., McMurdo M. & Lawlor D. (2008). Ejercicio para la Depresión. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 1-43. Recuperado el 14 de junio de 2015 de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSaludMental/20098.pdf>

Moncada, J. (2013). Efectos del ejercicio y el entrenamiento físico en el desarrollo, el rendimiento y la salud humana. Editorial: Universidad de Costa Rica.

Mora, R. (2011). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1). doi: 10.1016/j.rpsm.2011.04.002 Recuperado el 15 de junio de 2015 de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-medicina-del-estilo-vida-importancia-90102755#>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Actividad Física*. En Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado el 16 de agosto de 2015 de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A. & Moreno, C. (2007). Actividad Física en la Adolescencia. *CienciayDeporte.net*. 1-8. Recuperado el 20 de julio de 2015 de <http://cienciaydeporte.net/index.php/component/content/article/152-actividad-fisica-en-la-adolescencia.html>

Romero, A. (2013). La Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. Sociedad Psicoanalítica de México. Recuperado el 10 de julio de 2015 de <http://spm.mx/home/la-salud-mental-en-el-sistema-nacional-de-salud/>

Salabert, E.(2009). Tipos de ejercicio. *webconsultas*. Recuperado el 8 de septiembre de 2015 de <http://www.webconsultas.com/ejercicio-y-deporte/vida-activa/tipos-de-deporte/el-ejercicio-anaerobico-1888>

Sánchez, M. & Beyer M. (2001). Las endorfinas. *¿cómo ves?*, 29. Recuperado el 2 de julio de 2015 de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/29/las-endorfinas>

Servicio de Atención Psiquiátrica (2014). Antecedentes. Recuperado el 19 de octubre de 2015 de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/conoce-a-sap/qui%C3%A9nes-somos.aspx>

Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal (2015). *Gestión Médica*. Recuperado el 17 de agosto de 2015 de http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/index/gestion.php

Verkhoshanky, Y. (2002). Teoría y metodología del entrenamiento y deportivo. Barcelona: Editorial paidotribo.

Weinberg, R.(2010). Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico. 4ta Ed. Madrid Editorial medica panamericana.