



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA**

**EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA  
REHABILITACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA  
PAMELA RODRÍGUEZ LÓPEZ**

**JURADO DEL EXAMEN  
DIRECTORA: DRA. BLANCA INÉS VARGAS NÚÑEZ  
COMITÉ: MTRA. LAURA ÁLVAREZ SÁNCHEZ  
LIC. JESUS BARROSO OCHOA**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**AGOSTO 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.

## *DEDICATORIAS*

*Después de un largo tiempo por fin ha llegado el momento más especial en mi vida en el cual todos esos esfuerzos han rendido frutos y agradezco a todas y cada una de las personas que fueron mis cómplices durante este largo viaje.*

*A mis padres por todo el amor, todo su apoyo, los valores que me inculcaron los cuales me hicieron ser una persona con ganas de seguir luchando día a día a pesar de los tropiezos. Rocío y Miguel, por ser pacientes en desvelos, consentirme después de momentos de gran trabajo, porque en todo momento me dieron aliento y fortaleza para jamás darme por vencida en ningún momento. Gracias a ustedes por guiarme en el mejor camino, por darme las mejores herramientas para ser una persona sin miedo a nada, ustedes son la parte más importante y elemental de mi vida. Los amo por siempre.*

*A mi hermana María, quien siempre fue y ha sido mi cómplice tanto en la carrera como en la vida, por compartir conmigo los mejores y peores momentos, ella quien me ha dado muchas lecciones de vida, por todo su apoyo y cariño para que yo jamás me rindiera, quien siempre se interesa por mí y esta para mí a cada instante.*

*A Oswald quien ha sido mi compañero en momentos de crisis y de felicidad, por su paciencia y amor, porque también me ha*

*enseñado que llegar a donde queremos requiere de esfuerzo y ganas de seguir adelante.*

*A mis asesores, Doctora Inés por su apoyo incondicional para la realización de mi tesis porque a pesar de todos los cambios y de todas las complicaciones pudo ser realizada con éxito. Maestra Laura y Profesor Jesús, por su apoyo durante todo este proceso; a los tres por haber sido pilares importantes durante mi formación como Psicóloga, míren, aquí están todas esas enseñanzas, ¡Lo logré!*

*A Carmen, Alonso y Paco, quienes con su ejemplo y apoyo me enseñaron que el único límite depende de nosotros, que a pesar de todas las adversidades que la vida puede darnos nunca debemos dejar de confiar en nosotros mismos y seguir luchando por lo que queremos.*

*A mis amigos, ellos quienes con su apoyo, tiempo, cariño y momentos increíbles me hicieron ser fuerte para seguir, fueron y siguen siendo pieza fundamental de mis logros, por seguir siendo valientes juntos.*

*A mi familia, tíos y primos por su apoyo constante y su interés en mí a cada momento.*

*A los pacientes que con su experiencia de vida me ayudaron a seguir dándome cuenta que mejor carrera no pude haber elegido, por ayudarme a entender un poco más al ser humano.*

# *ÍNDICE*

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO 1. Trastorno mental	5
Antecedentes históricos	5
Edad Antigua	5
Edad Media	7
Edad Moderna	7
Edad Contemporánea	10
CAPÍTULO 2. Definición de trastorno mental	14
Características	14
Salud mental	16
Causas de los trastornos mentales	16
Clasificación de los trastornos mentales	18
CAPÍTULO 3. Rehabilitación psiquiátrica en México	22
Definición de rehabilitación psiquiátrica	22
Historia de la rehabilitación psiquiátrica	23
Participación del Psicólogo	25
CAPÍTULO 4. Violencia	36
Definición de violencia	36
Clasificación de violencia	38

Violencia hacia pacientes psiquiátricos	42
CAPÍTULO 5. Metodología	45
Justificación	45
Planteamiento del problema	45
CAPITULO 6. Método	48
Participantes	48
Instrumentos	48
Procedimiento	48
CAPITULO 7. Resultados	50
CAPITULO 8. Casos clínicos	91
CAPITULO 9. Discusión	104
CAPITULO 10. Conclusiones	110
CAPITULO 11. Referencias	113
Anexos	121

## *RESUMEN*

Desde la antigüedad se ha observado que a las personas que presentan algún trastorno mental, se les aislaba y en ocasiones se les agredía. Ahora en la actualidad si bien hay instituciones en donde se les da tratamiento a las personas que presentan algún problema mental, todavía se observa que ocasionalmente son maltratados, ya sea por los familiares, y/o por las personas que los cuidan en los hospitales.

El objetivo del presente trabajo fue por una parte el diseñar y realizar actividades de rehabilitación a pacientes que presentaban trastornos mentales y que acudían al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Por otra parte fue el observar si estos pacientes eran objeto de maltrato, tanto por los familiares como por el personal de salud encargado de cuidarlos.

Se realizaron diversas actividades de rehabilitación: actividades enfocadas a la estimulación cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales, psicomotricidad y psicoeducación las cuales fueron aplicadas a 427 participantes, 185 mujeres y 242 hombres con un rango de edad de entre 18 a 75 años. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 3 participantes de un rango de edad de 18 a 51 años.

Con respecto a la violencia, se hicieron registros de frecuencia de diversos comportamientos considerados violentos hacia los pacientes.

Los resultados mostraron que solo 25% de los sujetos concluyeron todas las actividades mientras que el 75% restantes no concluyeron debido a que fueron dados de alta por las mejorías observadas.

Se concluyó que las funciones del psicólogo no solo deben estar encaminadas a ayudar a los pacientes sino también a las familias de los mismos y a la sociedad.

## *INTRODUCCIÓN*

En la actualidad, la Psicología clínica ha logrado un desarrollo en la atención hacia personas con enfermedades mentales, esto a través de la intervención con la persona enferma, la familia, el equipo involucrado con la salud de las personas y por consiguiente con las instituciones hospitalarias. Esta rehabilitación va encaminada hacia la humanización en la atención de la salud por medio de una nueva visión de la enfermedad aumentando de este modo una mejor relación médico-paciente y al mismo tiempo una adecuada adherencia al tratamiento; todo esto debido a que los pacientes que sufren alguna enfermedad mental se ven enfrentados a una sociedad, incluyendo a su familia, en la cual no son tratados como seres humanos sino al contrario, son vistos como entes sin emociones, sentimientos o habilidades para sobrevivir en un sociedad llena de complejidades y exceso de requerimientos (Gómez, 2007).

De estas evidencias, los niveles de atención a la salud también cumplen de forma significativa un papel importante ya que dependiendo el nivel que corresponda a las necesidades de las personas, se deben indagar estrategias de un mejor manejo educativo hacia la población buscando con ello mejores estilos de vida, una disminución de los factores de riesgo y cuando la enfermedad se convierte en crónica, utilizar las mejores herramientas posibles para que la persona no pierda por completo su funcionalidad, calidad de vida y con ello se disminuya la discriminación por parte de la sociedad ante estos pacientes así mismo como la violencia intrafamiliar ejercida hacia ellos (Gómez, 2007).

Como el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" es un hospital de alta especialidad, los pacientes ahí atendidos tienen diversas enfermedades mentales por lo cual su estancia dentro del mismo, su mejoría y la participación de los familiares también es diversa.



Para lograr una visión más extensa de las actividades que el psicólogo clínico realiza dentro de una institución psiquiátrica, este trabajo se iniciará con el primer capítulo el cual incluye definiciones de trastorno mental así como de salud mental, siguiendo con las causas y la clasificación de los trastornos mentales.

El segundo capítulo aborda una descripción acerca de los antecedentes de los trastornos mentales, los cuales datan desde la Edad Antigua, posterior la Edad Media, siguiendo con la Edad Moderna hasta llegar a la Edad Contemporánea.

El capítulo tercero habla de la rehabilitación psiquiátrica en México haciendo énfasis en las definiciones de rehabilitación y en la historia de la rehabilitación psiquiátrica en donde el principal acontecimiento fue el surgimiento de la Castañeda durante la época de Porfirio Díaz, así como explicando la importancia del psicólogo dentro de la rehabilitación de pacientes psiquiátricos, los orígenes de la psicología clínica, las funciones del psicólogo, la teoría en la cual se basó el trabajo realizado con los pacientes y las actividades en las cuales estuvo enfocada la rehabilitación.

El capítulo cuarto aborda el tema de violencia, ya que durante la estancia en la institución fue notable que dichos pacientes sufrieran de violencia por parte de sus familias, algunos profesionales de la salud y al mismo tiempo por parte de la sociedad.

En el capítulo quinto se da la metodología, siguiendo con el capítulo sexto en donde se da una descripción de la muestra, los instrumentos utilizados para la realización del trabajo así como el procedimiento. En cuanto al capítulo séptimo se presentan los casos clínicos de las pacientes entrevistadas.

Posteriormente en el capítulo octavo se dan los resultados obtenidos de las entrevistas y actividades realizadas con los pacientes.

Para finalizar se aborda la discusión dando un sustento teórico a los resultados, la conclusión en donde se retoma lo más importante de toda la investigación así como los alcances, sugerencias y propuestas para futuras investigaciones.

# *CAPÍTULO 1*

## *TRASTORNO MENTAL*

*“El hombre sano no tortura a otros, por lo general es el torturado el que se convierte en torturador”*

*Karl Gustav Jung*

### *Antecedentes históricos*

#### *Edad Antigua*

La enfermedad mental ha tenido diversas definiciones debido a como ha sido concebida en las diferentes épocas de la humanidad.

De acuerdo a Porter (2002) la primera concepción que se tenía de la locura era de un pensamiento mágico-religioso porque existía la creencia de que la causa de las posesiones era por demonios o por el control de los dioses y/o divinidades sobre el cuerpo (mente) de los mortales, así que la locura era un castigo, una manipulación o una venganza de las entidades no-humanas sobre los humanos, por ejemplo los egipcios y los sirios creían que muchas enfermedades (entre ellas la locura) provenían de los cielos.

Se pensaba que el enfermo era un ser poseído por espíritus diabólicos, lo que condicionaba la presencia de torturas, flagelaciones, exorcismos, aislamiento y algunas otras prácticas (por ejemplo trepanaciones craneales practicadas desde hace más de 500 años) tendientes a dejar salir los demonios o espíritus malignos que provocaban las enfermedades mentales (Salaverry, 2012).

Posteriormente en el siglo VI, la concepción Griega de la enfermedad mental estaba planteada con una metodología en la que el conocimiento del hombre debería hacerse a través del uso de la razón, o sea, por el ejercicio de la inteligencia como forma de alcanzar la verdad. Es en este siglo es dónde aparece Hipócrates, quién

expone la existencia de una única causa biológica de las enfermedades, pensaba que el cuerpo humano estaba compuesto por la combinación de cuatro humores corporales: bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre. Según él, los distintos órganos del cuerpo humano y su funcionamiento dependían del equilibrio entre estos cuatro humores básicos; como consecuencia, las enfermedades se derivaban del exceso, defecto o la desproporción en estos humores (Cabanyes, 2003). En el caso de las enfermedades mentales debía ubicar el lugar preciso del desequilibrio que las causaba, y ese lugar era claramente el cerebro. Esta interpretación de la enfermedad debió luchar contra la ampliamente difundida y hegemónica interpretación de la posesión demoníaca (Salaverry, 2012).

En el año 313 d.C. la difusión del cristianismo y su posterior oficialización a partir del decreto de Constantino condujo a inevitables conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y medicina grecorromana; así los médicos convertidos al cristianismo sujetaron sus convicciones profesionales a las religiosas y, por tanto, entendieron la enfermedad como un designio divino. Se adoptó como dogma cristiana la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana, resurgiendo entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como posesión demoníaca, de tal modo que la locura fue conceptualizada como sinónimo de pecado, defecto moral, o como asunto que el ser humano se provocaba a sí mismo cuando caía en alguna forma de degeneración religiosa (fuera por ateísmo, blasfemia, o exceso de religiosidad mal comprendida) o por falta de virtudes (definidas de acuerdo a cada sociedad y época) (Porter, 2002). En esta sociedad cristiana de finales del imperio surgen los primeros hospitales administrados por las matronas cristianas, como expresión de la caridad y compasión con el doliente pretendiendo alterar los designios divinos; sin embargo, no estaban destinados a curar a los enfermos sino a brindarles apoyo espiritual y físico. A partir de esa concepción se entiende que no hubiera lugar en ellos para los enfermos mentales pues la enfermedad mental no era propiamente una dolencia, sino una forma de posesión sobrenatural que debería ser

tratada por el sacerdote. Por consiguiente, el cuidado de los enfermos mentales se mantuvo en el ámbito doméstico y alejado del ámbito de la Salud Pública.

### *Edad Media*

El inicio de la Edad Media, “la época del oscurantismo” y de la Santa Inquisición, teólogos y gente en general consideraron los problemas mentales como una suerte de posesión demoníaca, de tal forma que el exorcismo sería la forma “terapéutica” más utilizada (Tamayo, s.f.), sin embargo, los cuidados de los enfermos pasarían a manos de los clérigos, los procedimientos terapéuticos eran brutales, sometiendo a los afectados a torturas y hogueras para su curación y salvación de su alma. El loco o lunático (término acuñado por la supuesta influencia de la luna en la enfermedad mental) vaga por las calles asimilándose en algunos casos al bufón. Para Foucault (1961) existió un periodo llamado “el embarco de los locos”, el cual se refiere al movimiento europeo en donde se excluía a los locos de las ciudades llevándolos a espacios alejados de las ciudades.

La peste negra o gran plaga que arrasó Europa entre 1346 y 1400, produjo cuadros colectivos de alteraciones conductuales pero esto no modificó la percepción popular que se tenía de la enfermedad mental y de este modo se mantuvieron alejadas las enfermedades mentales de la preocupación de la salud pública (Salaverry, 2012).

Durante esta época la Iglesia Católica condenó la creencia en brujas así como su persecución, siendo que la supuesta poseída que generalmente era mujer y muchas veces enferma mental, era aquella que había optado por el mal por lo cual su castigo era que su alma debía liberarse quemando su cuerpo. Es por ello que la hoguera se convirtió en un acto purificador y misericordioso en donde decenas de miles de supuestas brujas terminaron quemadas en la hoguera (Stucchi-Portocarrero, 2013).

### *Edad Moderna*

En los siglos XV y XVI, lo que corresponde a la época del Renacimiento, la locura estuvo relacionada con las nociones fisiológicas y cerebrales, lo que implica que las enfermedades a las que posteriormente se les denominaría mentales, para la

medicina renacentista estaban ligadas a un trastorno físico y somático lo que indicaba que este tipo de patología estaba unida al cerebro.

En este periodo la enfermedad mental iba teniendo una transición que iba de lo sobrenatural ya que Iglesia recurría a los exorcismos para alejar al demonio; hacia lo natural ya que la medicina empírica de curanderos y hechiceros recurría a las hierbas medicinales, los sortilegios y las prácticas supersticiosas; y los médicos diplomados y boticarios recurrían a estrictas dietas y duchas de agua fría en la cabeza (Sacristán, 2009), puesto que era considerada como una enfermedad somática, que era atribuida a una utilización deficiente de la razón, dando lugar a un entendimiento realista de la naturaleza humana destacando la unidad cuerpo-mente.

Como base de nuevas perspectivas psicológicas para el entendimiento de la locura, Thomas Hobbes en 1588 quién se inspiró en ideas de Galileo y Descartes, hizo una interpretación materialista de la acción humana como algo movido por impulsos sensoriales externos, con lo cual desechaba la idea religiosa sobre espíritus y brujas e interpretándolos como alucinaciones creadas por operaciones del cerebro, así mismo Jhon Lock en 1690 estableció que todas las ideas se originan a partir de impresiones sensoriales (Porter, 2002).

La locura en este período estuvo entrelazada con la cultura, la jurisprudencia (la importancia de separar al enfermo mental del delincuente) y el encierro, movimiento por el cual, a partir de 1656 fueron desterrados en París con el decreto que creaba el Hôpital Général, todos aquellos que portaban la bandera de la sinrazón, entre ellos criminales, mendigos, homosexuales y locos obligándoles a trabajar (Sacristán, 2009). De acuerdo con Foucault (1961), el loco debía ser institucionalizado en lugares dentro de la ciudad, no para recibir ayuda terapéutica sino para evitar su presencia y deambulismo por las calles; asumiéndose que el loco ha perdido todo control de sí mismo lo cual lo convierte en un ser ilógico, incomprensible, desafiante y hasta peligroso. La locura era tratada como algo indeseable y al loco como un objeto inconveniente que hay que ocultar encerrándole, la locura fue percibida en el

horizonte de la pobreza, la improductividad y la inadaptación social en donde los locos considerados curables eran llevados al Hôtel-Dieu (Sacristán, 2009).

Se considera así a la locura como lo antagónico a la razón y se abre el estudio sistemático a la noción de sin-razón y/o a la pérdida de la razón (Tamayo, s.f.).

Durante el siglo XVII, conocido como "La Edad de la Razón", la ciencia comienza a profundizar en la psique humana desde una nueva perspectiva. Los primeros "exploradores del cerebro", precursores de la moderna neurología, comienzan a describir las principales estructuras anatómicas de las estructuras intracraneales y algunas de sus funciones, imprimiendo un nuevo concepto de los orígenes del comportamiento humano y, por lo tanto, de sus trastornos, por ello, Juan Luis Vives (Sarason y Sarason, 2006) cuestiona el origen sobre natural de la enfermedad mental y plantea el encierro de los locos con finalidades terapéuticas. Posteriormente con la destacada acción de Pines quién libera a los pacientes de sus cadenas, inicia el concepto del enfermo mental y se instalan los primeros principios humanitarios en la psiquiatría.

Ya en el siglo XVIII, el siglo de la Ilustración, en Francia, Inglaterra e Italia nacieron los primeros alienistas, quienes crearon la esperanza de que mediante una cura de aislamiento podrían reintegrar a la sociedad a aquellos desdichados, ideando un tratamiento basado en una estrecha relación médico-paciente, haciendo del manicomio un lugar esencialmente terapéutico dirigido por médicos y donde el confinamiento se constituyó en el factor clave de la curación (Álvarez, 20015).

Surge el auge de la observación y descripción clínica de los diferentes trastornos y la tendencia creciente a recluir a los enfermos mentales en centros e instituciones con la finalidad de educar y moralizar sobre la naturaleza salvaje de su irracionalidad. Siendo el aislamiento una parte esencial para combatir el oscurantismo de la época, el cual confundía a enfermos mentales con endemoniados o brujas, salvándoles de una muerte segura en la hoguera y al mismo tiempo humanizó el trato dado a los

locos al liberarlos de las jaulas donde se encontraban encadenados, sucios, desnudos y hambrientos (Sácristan, 2009).

Sin duda, la figura más importante de esta época fue Philippe Pinel, quién clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, y explico que su origen era debido a la herencia y a las influencias ambientales (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006). Se inicia en este periodo la era de los asilos en los cuales la abundancia de observaciones permite identificar y conocer mejor diversas enfermedades neurológicas con un compromiso de las facultades mentales (Salaverry, 2012).

Es a finales del siglo XVIII en donde se acelera la reclusión iniciada en el siglo XV de enfermos mentales, huérfanos, mendigos y marginados en general, primero en hospitales, después en instituciones de asilo, en prisiones y de nuevo en asilos, a menudo sin atención médica y en condiciones denigrantes.

A mediados del siglo XIX, la aceptación cada vez mayor de las ideas humanitarias llevó a un mayor reconocimiento de la necesidad de reformar las instituciones sociales, debido a ello se iniciaron movimientos enérgicos para establecer asilos protectores y benignos para los enfermos mentales; dichos asilos se crearon debido a que se pensaba que la única forma de curarlos era a través de su aislamiento de las influencias dañinas de la familia, amigos y la comunidad (Sarason y Sarason, 2006).

### *Edad Contemporánea*

La psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología, todo ello desde un modelo científico-humanista (Sánchez, s.f.). Partiendo de las ideas de Pinel, durante este siglo el internamiento manicomial era considerado como el mejor medio terapéutico, a partir de ello Emil Kraepelin (1856-1926) propone un acercamiento hacia el enfermo y se centró en la clínica, como una herramienta diagnóstica y terapéutica superior a la formulación de hipótesis e



incluso a la anatomía patológica. Describió por primera vez la demencia praecox (más tarde conocida como esquizofrenia) y la psicosis maníaco-depresiva (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

Por su parte, Sigmund Freud (1856-1939) se centra en la escucha y comprensión del enfermo, descubriendo de esta forma que el ser humano tiene algo más que mente consciente, creando de este modo en 1896 el “psicoanálisis” para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de los sueños con el propósito de traer a la consciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente; de este modo Freud produce una ruptura epistemológica, pasando de una perspectiva observadora a una perspectiva comprensiva en donde lo principal era una escucha activa hacia los relatos del paciente al mismo tiempo que comprender los significados asociados del paciente (Batalla, s.f.).

En el Siglo XX el alemán Herman Simón sistematiza el tratamiento mediante el trabajo de los enfermos mentales, dándole ya un contenido científico. A partir de este suceso se efectuaron diversos esfuerzos dirigidos a diferentes ámbitos para implementar la ubicación de las actividades socio-laborales de los enfermos mentales (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006). Sin embargo, la calidad del cuidado hacia los pacientes decayó de tal forma que se abandonó la terapia personalizada y el tratamiento médico experimentó nuevas innovaciones terapéuticas, los cuales fueron en algunos casos eficaces, otras dudosas y algunas más peligrosas. Algunas de estas innovaciones fueron la terapia de electrochoque, las terapias de sueño prolongado inducido por barbitúricos, la psicocirugía, la lobotomía y el uso de fármacos como el litio, algunos neurolepticos, imipramina y los IMAO, por mencionar algunos. Estos permitieron a los pacientes abandonar o evitar el ámbito del hospital psiquiátrico y llevar una vida bajo continuo tratamiento en el exterior.

A este respecto, la psicofarmacología dio un impulso a la psiquiatría, ya que era considerado un método costeable para aliviar el sufrimiento sin recurrir a los largos internados en el hospital, el psicoanálisis o a la cirugía irrevocable (Álvarez, 2015).

Así en las década de 1960 surge el “movimiento antipsiquiátrico” como movimiento social, el cual había sido iniciado en Inglaterra por Ronald D. Laing y David Cooper, dicho movimiento estaba enfocado en cuestionar a la enfermedad mental convirtiéndola como un mito que era utilizado para descalificar a ciertas personas, así mismo en un sentido de una gran apertura al mundo de “la locura”, eliminando la noción misma de enfermedad mental (Vásquez, 2011).

En consecuencia, fue hasta finalizada la segunda guerra mundial cuando la psiquiatría sufrió cambios importantes con el movimiento llamado “Psiquiatría de la Comunidad” con lo que se promueve la transformación de los Hospitales Psiquiátricos creando en ellos un “ambiente terapéutico”, se incrementa el número de camas psiquiátricas en los hospitales generales, se crean servicios de emergencia y de internamiento parcial, se organizan centros de salud mental comunitaria y talleres, todo esto con el fin de lograr integrar los problemas de salud mental a los de salud pública (Salaverry, 2012).

Las personas con trastornos mentales han sufrido una larga historia de marginación y hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados manicomios) habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de

cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad (Gisbert, 2003).

En este contexto es necesario señalar que buena parte de los últimos 100 años dentro del campo de la salud mental, la atención ha estado dirigida hacia el Diagnóstico y Tratamiento de las nosologías mentales, dentro de las cuales se han hecho inmensos logros, sin embargo los aspectos rehabilitatorios se habían mantenido relegados y es hasta la década de los 70's en que comienza su desarrollo a nivel mundial. Esta situación hace referencia a la época de la Rehabilitación Psiquiátrica.

## *CAPÍTULO 2*

### *DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL*

*“Tengo una pregunta que a veces me tortura, ¿estoy loco yo o los locos son los demás?”*

*Albert Einstein*

Un trastorno mental es definido como un síndrome o pauta conductual o psicológica clínicamente significativa caracterizado por una alteración del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento que ocurre en un individuo y que se ve reflejado en una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental, los cuales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad (social y/o laboral); además de que este síndrome o pauta no debe ser solo una respuesta esperable y sancionada culturalmente a un evento particular, tal como la muerte de un ser querido o un comportamiento socialmente anómalo, ya que no son considerados como trastornos mentales, salvo que la anomalía o conflicto sean el resultado de una disfunción en el individuo como las mencionadas anteriormente (American Psychiatric Association, 2000 citado en Halgin y Krauss, 2009).

#### *Características*

Las enfermedades mentales, como otras clases de enfermedades, cuando se presentan dejan tras de sí algún grado de secuelas, así la existencia de un proceso patológico de esta índole conlleva como consecuencia una alteración de los procesos cognitivos básicos y de la conducta social, los cuales se ven reflejados principalmente en la inadaptación y pérdida de funcionalidad social y laboral.

De este modo se identifican dos tipos de funciones que estarían alteradas en los pacientes que padecen algún trastorno mental; por un lado las funciones cognitivas básicas como las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, la atención, la capacidad de abstracción, la función motora y el lenguaje, y por el otro las funciones de la cognición social, como son la capacidad de relacionarse con los demás, encontrar soluciones a los conflictos, percibir de forma correcta el entorno y planificar y resolver problemas por otro; es por ello que se puede inferir en que las alteraciones de las funciones cognitivas básicas serían las causantes de los problemas que presentan dichos pacientes en relación con sus relaciones interpersonales y su adaptación a la sociedad (Gabaldón, Ruiz, Bilbao, Burguera, Alústiza, Erkizia y Sakara, 2010).

Partiendo de los supuestos anteriores, los trastornos mentales producen una gran cantidad de consecuencias en el paciente, sin embargo, estas no inciden de la misma manera en todos los sujetos (Programa General de Trabajo de Rehabilitación, 2002). En este sentido, hay que diferenciar que existen tres términos que generan confusión al momento de hablar de trastornos mentales, estos son:

- Daño: es la lesión orgánica y/o funcional de una estructura o función psicológica o fisiológica, la cual es consecuencia directa del proceso patológico.
- Incapacidad: es la lesión o pérdida de la capacidad operativa o de la aptitud funcional que se presenta como consecuencia directa del daño.
- Minusvalía: es la desventaja que limita o impide el cumplimiento de los distintos roles sociales, y que se presenta como consecuencia directa de la incapacidad y consecuentemente del daño.

## *Salud Mental*

Para Lamata (2002), la salud mental es un componente integral de la salud, el cual es imprescindible para que una persona pueda aprovechar su potencial cognitivo y afectivo, del mismo modo que su capacidad para relacionarse con otras personas.

De acuerdo a la Secretaria de Salud (2012) la Salud Mental es un fenómeno determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye padecimientos como depresión, ansiedad, epilepsia, demencias, esquizofrenia y trastornos del desarrollo en la infancia.

La Salud Mental va de la mano con la salud en general, ambas dependen de las condiciones de la sociedad, tales como estabilidad económica, educación, calidad en la convivencia social, integración familiar, así como también aspectos más específicos como la nutrición, el empleo, entre otros.

Sin embargo la prevalencia de los trastornos mentales es más notoria en la población con menos recursos, esto es, en personas en donde las condiciones socioeconómicas son bajas: pobreza, insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social (Secretaria de Salud, 2012).

### *Causas de los trastornos mentales*

Las causas de los trastornos mentales son múltiples, pueden ser factores como alteraciones químicas o mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, la edad (como un factor predisponente), etc.

La OMS en 2004 publicó en “Invertir en Salud Mental” algunos datos importantes a nivel mundial:

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta.

- Las principales enfermedades son la esquizofrenia, el trastorno bipolar (maniaco-depresivo), la depresión severa, el trastorno obsesivo compulsivo, la enfermedad de Alzheimer y otras como epilepsia y anorexia.
- Alrededor de un millón de personas se suicidan cada año.
- 33% de los años vividos con discapacidad en todo el mundo se deben a trastornos neuropsiquiátricos.
- Más de 150 millones de personas sufren depresión en algún momento de su vida.
- Cerca de 25 millones de personas sufren esquizofrenia.
- 38 millones están afectadas por la epilepsia.
- Más de 90 millones sufren trastornos causados por el alcohol y las drogas.
- Una de cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.
- Más de 40% de los países en el mundo no cuenta con una política de Salud Mental.
- En 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% en hombres y 9.5% en mujeres.
- La incidencia de trastornos de la alimentación ha registrado un aumento progresivo en los últimos años. En el mundo, los padecen alrededor de 0.5 % mujeres; y de quienes se tratan 10% muere por esta causa.
- La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años.
- Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

De acuerdo a datos del INEGI (2008, 2009 citado en IESM- OMS 2011) en México hay una población superior a los 110 millones de habitantes de los cuales 51% son mujeres y 49% son hombres; 30.5 millones de personas son menores de 15 años

(28.1%); 29.3 millones tienen entre 15 y 29 años (27%); 36.2% entre 30 y 59 años, y el porcentaje de adultos mayores asciende a 8.7% (9.4 millones). El 76.5% de la población vive en localidades urbanas y solo el 26.5% en zonas rurales.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en 2001 refiere que la prevalencia de los trastornos mentales en México es del 28.6% y 6 de cada 20 mexicanos presentan trastornos mentales al menos una vez en la vida (Medina-Mora, 2003 citado en Secretaria de Salud 2012).

Los principales trastornos mentales en la población total fueron fobias específicas (7.1%), seguidas de los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol, la fobia social y episodios depresivos.

En 2010 las principales causas de morbilidad hospitalaria fueron la epilepsia, esquizofrenia y depresión mayor.

### *Clasificación de los trastornos mentales*

La *esquizofrenia* es definida como un trastorno psicótico que afecta la percepción, el pensamiento, el afecto y la conducta de los pacientes, deteriorando su funcionamiento familiar, escolar y social (Ulloa, Sauer y Apiquian, 2011). La etimología proviene de dos términos griegos *schizo* (“división” “escisión”) y *phrenos* (“mente”), lo que significa que existe una porción relacionada con la realidad y otra que interactúa en menor o mayor grado con un mundo imaginario e irreal (Sarmiento, 2015). Se caracteriza por alucinaciones, sobre todo auditivas, ideas delirantes, abandono de las actividades habituales, discurso desorganizado, descuido en el arreglo personal, ensimismamiento y conductas extravagantes (Ulloa, et. al. 2011).

En el *Trastorno Bipolar* los mecanismos que controlan el estado de ánimo de una persona no funcionan correctamente, de modo que en determinadas circunstancias se producen “subidones” o “bajones” exagerados en el estado de ánimo, los cuales



pueden durar semanas o meses y cuya intensidad, en ocasiones requiere de hospitalización.

En las fases de euforia también denominadas fases maníacas, los individuos tienen episodios de hiperactividad, exceso de confianza en sí mismos, irritabilidad, locuacidad y en ocasiones ideas delirantes. Por el contrario, en las fases depresivas, los individuos tienen apatía, falta de energía e interés por las cosas y situaciones, enlentecimiento y cansancio (Vieta, Colom y Martínez, 2003).

Los trastornos que pueden aparecer junto al Trastorno Bipolar (comorbilidad) son: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, trastornos de ánimo inducido por sustancias y enfermedades médicas como enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes e hipertiroidismo (López y Rodríguez, 2009).

De acuerdo a Vallejo (1991) el término *depresión* es utilizado en tres sentidos: síntoma, ya que puede acompañar otros trastornos psicopatológicos; síndrome porque agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida de impulso vital, y enfermedad, que es observado como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto afectando todas las esferas de su relación intra e interpersonal.

De este modo, que la depresión genera que el rendimiento de la persona disminuya progresivamente hasta llegar a la abulia y la apatía total en la cual el sujeto es incapaz de realizar cualquier actividad; como consecuencia, el paciente se encuentra pesimista y pierde el interés por su familia, su trabajo, su vida social y por sí mismo (Vallejo, 1991).

Los *Trastornos de la Personalidad* tienen un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del propio sujeto, tiene un inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta, este es estable a lo largo del tiempo y se manifiesta en la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos del individuo.

Estos trastornos están divididos en tres grupos de acuerdo al DSM-V (2014):

- Grupo A: incluye los trastornos esquizoide, paranoide y esquizotípicos, estas personas suelen parecer extraños o excéntricos.
- Grupo B: incluye trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad, estos sujetos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.
- Grupo C: incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad, estos sujetos suelen ser ansiosos o temerosos.

El término *demencia* deriva del latín *de* (privativo) y *mens* (inteligencia), por lo tanto son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por una alteración global de las funciones mentales, cuyo origen pueden ser causas diversas (Balbuena, 1991). Las demencias se están convirtiendo en el tercer problema de salud en países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (Secretaría de salud, 2012).

De acuerdo a Fernández y Calleja (2002, citado en López, Valdespino y Lugones 2005) el *retraso mental* es definido como una condición permanente que es originada en algún momento de la vida entre el nacimiento y los 18 años de edad, este se caracteriza por una capacidad intelectual deficiente y por una alteración en la actividad adaptativa. En este sentido, la capacidad intelectual general de la persona es significativamente inferior al coeficiente intelectual promedio (CI 70 o menos) y su comportamiento no presenta el nivel de independencia personal y de responsabilidad social esperado a esa edad.

### Escala de gravedad:

- Leve (CI 69-50). Cuando el paciente posee potencialidades de escolaridad hasta el 9° grado en Educación Especial, es apto para alguna función laboral y es capaz de integrarse social y laboralmente.
- Moderado (CI 49-35). Las potencialidades del paciente son hasta 6° grado de Educación Especial, sin embargo necesita de ayuda para integrarse socialmente y para obtener un empleo.
- Grave (CI 34-20). El paciente posee potencialidades para el logro de habilidades funcionales, es apto para el aprendizaje de técnicas laborales elementales y es capaz de integrarse laboralmente sólo con ayuda de algún medio.
- Profundo (CI menor de 20). El paciente solo posee potencialidad de comunicación verbal o extraverbal elemental y es completamente dependiente para la actividad de la vida cotidiana como vestirse, bañarse y alimentarse, por lo que requiere de atención y cuidados permanentes.

En efecto, el retraso mental es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general en terrenos como las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales, asociado frecuentemente a otros trastornos físicos o psíquicos (Secretaría de salud, 2012).

Los *intentos suicidas* son el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal, y constituye hoy en día un problema muy importante de Salud Pública (Secretaría de Salud, 2012).

## *CAPÍTULO 3*

### *REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO*

*“Lo que hacemos por nosotros mismos muere con nosotros. Lo que hacemos por los demás y por el mundo permanece y es inmortal”*

*Albert Paine*

#### *Definición de Rehabilitación*

Para la Organización Mundial de Salud (O.M.S, 1969), la rehabilitación es definida como un término que se aplica a los impedidos mentales la cual consiste en el uso de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales, que tiene por objeto preparar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo a sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional.

Benedetto Saraceno (1993 citado en Martínez, Vidal, Carrillo y Rodríguez, 2010) la define como el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de las oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad.

Y para David Goldberg (1990 citado en Martínez et. al. 2010) la rehabilitación es el proceso de restaurar a la persona incapacitada, al nivel de funcionamiento y misma posición social que se había logrado antes del inicio de la enfermedad, por lo menos a una situación en la cual se pueda hacer el mejor uso de sus capacidades residuales dentro de una contexto social tan normal como sea posible. Como se puede inferir de las afirmaciones anteriores, la Rehabilitación Psiquiátrica se constituye por un conjunto de actividades múltiples y variadas, en los ejes biológico, psicológico y social.

Es importante señalar que la Rehabilitación en Psiquiatría se debe realizar sobre 2 aspectos fundamentales: 1) Disminuir al máximo la incapacidad y el impedimento

de los pacientes, y 2) Aumentar al máximo la capacidad, habilidad y funcionalidad del paciente.

Así mismo hay que indicar que la Rehabilitación en Psiquiatría debe contar con distintos niveles de aprendizaje, ya que no todos los pacientes tendrán las mismas capacidades y posibilidades de reinserción laboral, social, familiar y recreacional; la Rehabilitación implica estimular cambios en el paciente, así como lograr que estos cambios no se extingan dentro del medio social del mismo, con el fin de alcanzar una mayor funcionalidad (Programa General de Trabajo de Rehabilitación, 2002).

### *Historia de la Rehabilitación Psiquiátrica*

La historia de la rehabilitación psiquiátrica podría retomarse al siglo XV de nuestra era, donde los médicos de Valencia, España fueron los primeros en emplear ejercicios físicos, juegos y entretenimiento como parte de los tratamientos instituidos; al igual que el empleo del trabajo agrícola que fue implementado con el mismo fin en Zaragoza.

La Rehabilitación en México ha cursado por una evolución que surge desde los aztecas con sus técnicas y rituales mágico-curativos, perdurándose hasta la conquista de los españoles a México en el Siglo XVI. En el inicio del Virreinato, en 1566 se fundó el lugar de alojamiento de los enfermos mentales llamado Hospital de San Hipólito, siendo su fundador el Capitán Fray Bernardino Álvarez Herrera, constituyendo este hospital la primera columna en la formación de un mejor y eficaz abordaje a pacientes psiquiátricos (Programa General de Trabajo de Rehabilitación 2002).

Dicho hospital fundado en la Ciudad de México para atender a enfermos mentales varones, fue el primero de su tipo en América y el quinto a nivel mundial. En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones públicas y privadas, entre ellas el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Tlalpan en el año de 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan

de Dios, quienes en 1905 inauguraron la Casa de Salud de San Juan de Dios para enfermos mentales en Zapopan, Jalisco (Secretaría de Salud, s.f.).

Años más tarde, en 1910, al inicio de la Revolución, el general Porfirio Díaz mandó construir el Manicomio General de México, denominado por el pueblo como "Hospital de la Castañeda", por estar ubicado en los terrenos de una hacienda que tenía ese nombre. Dicha institución fue inaugurada en conmemoración del Centenario de la Independencia y fue considerada como un modelo de hospital de la especialidad (Calderón, 2002).

En años siguientes, en 1932, se inauguró el Pabellón Infantil y al año siguiente la Escuela para Niños Anormales, ambos dirigidos por Mathilde Rodríguez Cabo; en 1935 se inauguró el Pabellón de Toxicómanos y en los siguientes años se introdujeron las terapias de choque. Mathilde junto con Ramírez Moreno echaron a andar un proyecto para impartir clases de enfermería psiquiátrica a vigilantes y enfermeros.

Debido a las pésimas condiciones en que se encontraban los internos en La Castañeda, el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, impresionado por la pobreza y el abandono de los pacientes decidió el cierre del manicomio, este momento histórico se conoció con el nombre de "Operación Castañeda" y en 1967 decidió inaugurar nuevos hospitales, muchos de ellos ampliados y remodelados (Calderón, 2002). Estas instituciones fueron: el Hospital "Fray Bernardino Álvarez" y el Hospital "Dr. Juan N. Navarro", tres granjas más, ahora llamadas "Hospitales campestres" y un hospital hogar (Sacristan, 2010).

Fue en este momento histórico en donde se comienza en México con la estructuración de actividades rehabilitatorias en Psiquiatría. A partir de esto surge la rehabilitación como un instrumento para el tratamiento óptimo de enfermos mentales.

Volviendo la mirada hacia el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que se inauguró el 9 de mayo de 1967, es el hospital psiquiátrico más grande del país, además de ser un centro nosocomial del llamado tercer nivel de atención. Su principal objetivo fue el de brindar atención médica hospitalaria a la población adulta de ambos sexos con trastornos mentales agudos, contando para ello con recursos diagnósticos y tratamientos modernos para la época (Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaría de Salud, 2015).

De esta forma en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en el cual fue desarrollado el presente trabajo, desde hace dos décadas se vinieron efectuando diferentes actividades a través de talleres de Terapia Ocupacional y Actividades Deportivas, que si bien permitían la convivencia grupal de los pacientes no cumplían cabalmente con los objetivos que se buscan en un proceso de rehabilitación (Programa General de Trabajo de Rehabilitación, 2002).

Además de la adquisición de nuevas habilidades, la rehabilitación origina un incremento de confianza en sí o una reducción estable en el nivel de respuesta emocional a determinado tipo de estrés. De acuerdo a lo anterior, un programa razonable de rehabilitación debe estar diseñado de tal manera, que prepare a los pacientes para que puedan desenvolverse en un medio determinado y no para que logre simplemente buena conducta de los mismos durante la rehabilitación (Watts y Bennett, 1990).

### *Participación del psicólogo*

El papel del psicólogo dentro del ámbito hospitalario, para ser más exacto, en el ámbito psiquiátrico es de mayor relevancia; ya que a los problemas derivados de la enfermedad, se le añade la entrada en un sistema social y en una subcultura ajena que disminuirán sustancialmente las pautas de comportamiento habituales de los pacientes (Ferrero, 1997 citado en Martínez y Barreto 2003).

A este respecto, las funciones que desempeña el psicólogo en el ámbito de Salud Mental forman parte de un área en específico de la Psicología, esta es la Psicología Clínica, que es un campo de especialización que aplica los conocimientos y técnicas de la Psicología al estudio anómalo, en el cual la persona posee algún trastorno (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003), en este sentido Resnick (1991 citado en Jorquera y Guarch, 2003) define que estos conocimientos psicológicos están enfocados en identificar, rehabilitar y prevenir desajustes emocionales, intelectuales, biológicos, sociales y conductuales.

La Psicología tiene sus orígenes en la psicología experimental iniciada por Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig en 1879; de igual manera, aparecieron otros personajes, William James en EEUU, quién en 1890 escribió el primer tratado de Psicología titulado “Principios de Psicología” y Francis Galton en Inglaterra por su estudio empírico de las diferencias individuales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003). Igualmente, la primera y segunda guerras mundiales también fueron momentos significativos, ya que los psicólogos se enfocaban en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y la investigación relacionados con los trastornos de los adultos.

Si bien es cierto que la historia de la Psicología Clínica forma parte de la propia historia de la Psicología, el estudio del comportamiento que supone algún trastorno es paralelo con el estudio del comportamiento normal (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003). Tal como lo menciona Reisman (1976 citado en Phares, 1999), la Psicología Clínica tiene su historia en los movimientos de Reforma del Siglo XIX, ya que estos dieron como resultado una mejora en la atención hacia los enfermos mentales.

Asimismo, en 1886 Leighner Witmer (Jorquera y Guarch, 2003) crea la primer “clínica psicológica” en la Universidad de Pennsylvania y en 1907 se convierte en fundador de la primera revista de Psicología Clínica (The Psychological Clinic). A este respecto, en 1896 Sigmund Freud crea su propio método clínico: el psicoanálisis,



el cual consistía en la escucha biográfica, lo que permitiría una concepción psicológica con su psicopatología y psicoterapia (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Ya en los primeros años del siglo XX, es cuando surgen innovaciones psicodiagnósticas que median diferentes aspectos del ser humano: pruebas de inteligencia desarrolladas por Alfred Binet como las escalas Binet-Simon y Stanford-Binet, escalas de Arnold Gesel, David Wechsler, Charles Spearman y Edward L. Thorndike; pruebas de personalidad como el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) y pruebas proyectivas como el Rorschach y el TAT (Thematic Apperception Test); las cuales tienen como propósito servir como herramienta para los psicólogos clínicos en el psicodiagnóstico y la planeación del tratamiento de las patologías (Phares, 1999).

A partir de estos comienzos, las funciones principales del psicólogo eran de hacer psicodiagnósticos e investigaciones, por lo cual era visto como científico o investigador tal cual se reflejaba en la American Psychological Association, que en 1917 cambió de nombre por la American Association of Clinical Psychologists, que dos años después regresaría a su primer nombre debido al perfil científico con el cual estaba marcado. Siguiendo esta línea, en 1913, J.B. Watson manifestó que el conductismo se convirtió en un toque moderno para la Psicología de la época, lo cual supuso el gran desarrollo de la Psicología del Aprendizaje, de este modo se derivaron numerosas técnicas terapéuticas. En consecuencia, en la década de 1930 los psicólogos clínicos se desempeñaban en funciones terapéuticas tales como la realización de entrevistas terapéuticas y de actividades psicoeducativas y de aconsejamiento, además del tradicional psicodiagnóstico, de tal modo que ha permitido una mejor comprensión de los trastornos psicológicos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

A estos elementos, Gómez (2007) menciona que el psicólogo clínico también trabaja en la búsqueda de un restablecimiento de la calidad de vida y de la salud integral

en los pacientes con enfermedades crónicas, debido que actúa con una visión integral del ser humano; en este sentido las cogniciones, conductas, sistema de creencias y actitudes tanto de los pacientes como de sus familias, son determinantes en la construcción del mantenimiento de la salud y el control de la enfermedad. De acuerdo con Whitty, Lydon, Turner y O'Callagan (2006), la rehabilitación psicosocial ofrece beneficios a los pacientes con psicosis, este tipo de intervenciones permite a los individuos mejorar su calidad de vida garantizando que ellos puedan usar habilidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales requeridas para vivir en comunidad.

Asimismo, el psicólogo ayudara a los pacientes a que su percepción con respecto al soporte social que reciban con la satisfacción que tengan en sus vidas va a depender de las necesidades de cada uno con respecto a la enfermedad que padezcan, sin dejar de lado las estrategias de afrontamiento que tanto pacientes como familia van a utilizar para el manejo de la enfermedad; este soporte ayudara a que los pacientes con enfermedades mentales puedan reintegrarse mejor a la sociedad (Young, 2006).

Partiendo de lo anterior, los profesionales de la psicología trabajan en forma integrada con otros profesionistas de la salud como psiquiatras, médicos especialistas, enfermeros, paramédicos, trabajadores sociales, entre otros, con la finalidad de crear un trabajo multidisciplinario para que la atención sea integral, eficiente y perdurable.

Atendiendo a estas consideraciones, el psicólogo desarrolla su trabajo en tres niveles de prevención:

- Primaria, dirigida a la protección de la salud, se lleva a cabo sobre el medio ambiente y la promoción de la salud así como también a la prevención de enfermedad.
- Secundaria, aplicada a los factores generadores de enfermedad han entrado en juego y el objetivo es evitar el desarrollo o cronicidad de la misma,

propiciando adherencia al tratamiento y la modificación de los hábitos de vida favorecedores al desarrollo de la enfermedad.

- Y, terciaria que es cuando la patología se cronificó y el objetivo es detener su progreso y prevenir el deterioro o incapacitación de la persona (Salleras, 1994 citado en Cardozo y Rendón, 2014).

A este respecto, el papel del psicólogo se enfocó en la prevención terciaria en la cual el enfermo amerita tratamiento e incluso ser hospitalizado, en donde la rehabilitación es el siguiente paso. Para ello, una forma de intervención fue el trabajo realizado en el enfoque cognitivo conductual.

El enfoque cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes del pensamiento en psicología, estos son el modelo cognitivo y el modelo conductual, así como lo menciona Kazdin (1978 citado en Serrano, 2001) la importancia de los procesos del pensamiento en el control de la conducta.

Por un lado se habla de un modelo conductual el cual surgió en los años 50's como una opción psicoterapéutica, la cual estaba apoyada en la psicología del aprendizaje y en la metodología experimental (Vallejo, 2001). Los principales fundamentos teóricos fueron el condicionamiento clásico y operante, y la teoría del aprendizaje de Hull; puesto que un elemento importante era la creencia en la supremacía del poder determinante del medio, ya que consideraba que los individuos no actuaban de una manera concreta dirigidos por sus propias ideas o propósitos, sino que actuaban como reflejos pasivos de diversas fuerzas y factores del medio.

Los trabajos relacionados con el condicionamiento clásico fueron realizados por Ivan P. Pavlov, quien realizó los primeros experimentos sobre secreciones psíquicas en animales los cuales dieron la pauta para la investigación de los reflejos condicionados. Este tipo de aprendizaje estaba enfocado en que una respuesta provocada de manera natural por un estímulo llega a ser provocada por un estímulo diferente que previamente era neutral (Tortosa, 2000). En cambio, en el

condicionamiento operante quien sus principales exponentes fueron Thorndike y Skinner, es un tipo de aprendizaje en el cual las conductas son emitidas (en presencia de estímulos específicos) para obtener recompensas o evitar castigos (Morris y Maisto, 2005). Desde estas perspectivas, la conducta es entendida por el movimiento de un organismo o de alguna de sus partes en un marco de referencia provisto por el mismo organismo o varios objetos externos o campos de fuerza.

Y por el otro lado se habla de un modelo cognitivo, en el cual lo más importante son los pensamientos y sensaciones, en donde se muestra un énfasis en las creencias personales, actitudes, expectativas y atribuciones para entender y predecir la conducta, especialmente la conducta psicopatológica. Dicho modelo sostiene que el ser humano como sujeto racional tiene la capacidad de conocer de forma precisa, ajustada y correcta, es decir, de representar adecuadamente el mundo de los hechos, por consiguiente este tipo de conocimiento será válido y verdadero cuando represente adecuadamente a la realidad (Caro, 2007).

El origen de este modelo fueron las terapias clásicas tales como la terapia racional emotivo conductual de A. Ellis y la terapia cognitiva de A. Beck, las cuales partieron de un marco psicodinámico tomando la importancia de comprender el proceso y el diálogo interno (Caro, 2007).

De estas evidencias las intervenciones de tipo cognoscitivo-conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamientos que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente; sin duda esta mezcla fue facilitada por la presencia de varios modelos teóricos que incorporan variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental tan apreciados por los conductistas (Phares, 2001).

Atendiendo a estas consideraciones, las actividades realizadas se desglosaron en 4 grandes aspectos, los cuales fueron la estimulación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, psicomotricidad y psicoeducación.

## Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva es una disciplina en salud mental, la cual es propuesta como un recurso adicional que permita una atención integral para el enfermo mental; dentro de las intervenciones que se hacen con los pacientes psiquiátricos es debido a las disfunciones cognitivas propias de la enfermedad, que de acuerdo a la Psicología Cognitiva son denominados déficits perceptivos básicos o factores de vulnerabilidad, asociados con los trastornos psicóticos (Gabaldón, et. al., 2010).

Al respecto, dicho programa tiene su base científica en los conocimientos que aportan la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva así como las teorías y principios existentes sobre el aprendizaje y la motivación humana. Este programa es definido como una estrategia terapéutica que se fundamenta con la presencia de la neuroplasticidad cerebral y está basada en la neuropsicología cognitiva dirigida a favorecer la funcionalidad básica del paciente y mantener su autonomía (Programa de estimulación cognitiva al paciente de hospitalización continua en fin de semana, 2014).

Debido a que la vulnerabilidad cognitiva impedirá la adquisición de habilidades sociales adaptativas, ya que existe un bloqueo en la capacidad del paciente para afrontar los cambios producidos en la enfermedad o para resolver situaciones ambientales adversas (Gabaldón, et. al., 2010); es necesario trabajar con los procesos cognitivos de los pacientes hospitalizados con la finalidad de estimular las áreas afectadas, ya sea por la misma enfermedad o a causa de los efectos secundarios de los medicamentos, dichos procesos son: memoria, atención, lenguaje, pensamiento, y resolución de problemas, por mencionar algunos.

A este respecto, este tipo de actividades están encaminadas a estimular las funciones mentales superiores del paciente, con la finalidad de facilitar la maximización de habilidades y minimización de inhabilidades, al mismo tiempo de coadyuvar al restablecimiento de la función óptima en un marco de interacción grupal.

## Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son componentes conductuales y cognitivos que son utilizados para facilitar y así mismo alcanzar los éxitos de la vida diaria, reflejando de esta forma, competencia social (Pastor, Blanco y Navarro, 2010).

El entrenamiento de las habilidades sociales de acuerdo a Thornicroft (1992, citado en Saraceno 2003) es el conjunto de métodos que utilizan los principios de la teoría del aprendizaje con el fin de promover la adquisición, la generalización y la permanencia de las habilidades necesarias en las situaciones interpersonales.

De igual modo, Liberman (1986, citado en Saraceno 2003) define las habilidades sociales como comportamientos interpersonales de carácter instrumental o socio-emocionales.

El EHS consiste en complementar y reforzar el proceso de rehabilitación de los pacientes, buscando favorecer en ellos el intercambio social, restablecer hábitos de convivencia para mejorar su adaptación social coadyuvando a su vez en el fortalecimiento de relaciones interpersonales adecuadas (Programa General de Trabajo de Rehabilitación, 2002), de acuerdo a lo anterior y a medida en que las personas con trastornos mentales graves adquieran y empleen las habilidades sociales aprendidas incrementarán la capacidad para recibir respuestas positivas, lo cual generará que estas habilidades se fortalezcan y se mantengan; ya que las habilidades y la competencia social son consideradas como factores protectores que con un adecuado fortalecimiento pueden atenuar o compensar efectos negativos que conlleva la enfermedad como déficits cognitivos, vulnerabilidad personal, sucesos estresantes o del funcionamiento social promoviendo que existan menos recaídas y la aceptación social sea mayor (Pastor, et al., 2010).

## Psicomotricidad

El término “Psicomotricidad” se define como una habilidad del sujeto, que es equivalente al término praxias, en donde las praxias serían entendidas como aquellos movimientos complejos voluntarios cuyo funcionamiento depende de áreas cerebrales secundarias y de asociación (Lorente, 2002).

El programa de psicomotricidad es un recurso para incidir, a través del trabajo corporal, en procesos internos y externos que afectan al enfermo mental, ya que se basa en que el movimiento del cuerpo es indisociable del comportamiento y debido a ello su desarrollo es paralelo al cognitivo. En consecuencia a los cambios que se suscitan con la enfermedad, el paciente deja de tener seguridad y confianza en su propio cuerpo dejando de interactuar con los demás puesto que hay una pérdida en la estructuración de su identidad, lo cual se ve reflejada en su propio cuerpo (cuerpo rígido, falta de disociación de movimientos, mirada vacía y en ocasiones sin contacto, movimientos sin finalidad, falta de planificación y secuencialización motriz, escasa expresividad y espontaneidad, movimientos sin armonía, entre otros) (García, 2004).

De este modo, el círculo social del paciente se reduce, lo que conlleva que el paciente se prive del aprendizaje necesario para dicha interacción, por ejemplo una carencia del afecto de otros, de calor humano y en consecuencia, el paciente deja de preocuparse por el cuidado general de su cuerpo.

Con las actividades psicomotrices se interviene en la globalidad de la persona ya que están estructuradas con la intención de que el paciente deje de ser en la medida de lo posible, un objeto pasivo, para de este modo involucrarse corporalmente en su proceso de reestructuración interna (Programa de psicomotricidad al paciente de hospitalización continúa en fin de semana, 2012). Al mismo tiempo se trabaja en tres dimensiones de forma coordinada, como son la motriz, cognitiva y afectiva. (Lorente, 2002).

El objetivo principal de este programa es que los pacientes activen su esquema corporal estimulando su coordinación psicomotora gruesa, trabajen en equipo, asuman roles y responsabilidades, se adapten a situaciones específicas, se involucren en actividades que requieran de reglas y normas de interacción; situaciones que ayudan al paciente en su proceso rehabilitatorio de una manera paulatina y continua (Programa General de Trabajo de Rehabilitación, 2002).

### Psicoeducación

La psicoeducación es un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales, este consiste en una aproximación terapéutica que proporciona tanto a pacientes como a familiares información específica acerca de la enfermedad (Hogarty, 1996 citado en Boletín bimestral de psicología clínica y de enlace, 2008).

De acuerdo a Díaz, González y Varela (2001, citado en Albarrán y Macías, 2007) la psicoeducación es la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Y para Anderson, Douglas y Hogarty (1998, citado en Albarrán y Macías, 2007) es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Este modelo consiste en ofrecer información confiable y veraz a los pacientes sobre la enfermedad psiquiátrica y sus tratamientos, promoviendo la consciencia de enfermedad del paciente así como también la importancia de un cambio de actitud, permitiendo así una mejor adherencia terapéutica y familiar para los pacientes (Programa General de Trabajo de Rehabilitación, 2002).



En efecto, las principales funciones del psicólogo clínico son el diagnóstico, tratamiento e investigación de los problemas que se refieren al comportamiento, partiendo de lo anterior, la tarea principal del psicólogo clínico es la de explicar y entender las razones por las cuáles los individuos se comportan de la forma en que lo hacen, prever los comportamientos y en algunos casos, encontrar el medio para modificar conductas; es entonces que el campo de trabajo es la patología de la personalidad, sin dejar de lado los recursos y potencialidades sanas de los individuos. Cabe destacar que sea cual sea el área en la cual el psicólogo clínico participe, su personalidad y el dominio en la forma de comunicación son cualidades importantes de los psicólogos clínicos (Amoros, 1980).

## *CAPÍTULO 4*

### *VIOLENCIA HACIA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS*

*“La elección más importante para un hombre, en cuanto a su capacidad para trascender, es crear o destruir; amar u odiar”*

*Erich Fromm*

#### *Definición de violencia*

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 2002) define violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La violencia es un producto de las relaciones asimétricas de poder entre las personas, al mismo tiempo que de las desigualdades sociales y esta razón explica el por qué hay personas o grupos que son más vulnerables que otros por lo cual están más expuestos a la violencia. Estos grupos son las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas y las personas con gustos sexuales diferentes (Salazar, Salazar, Salazar, Ortega, Gasman, Zaragoza y Moreno, 2004).

De igual manera, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 (Diario Oficial de la Federación, 2009) define que los grupos vulnerables son las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles, adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental incapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.

De acuerdo a Corsi (2001 citado en Gómez, 2015) la violencia es una forma de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza, esta puede ser física, económica, psicológica o política.

Doménech e Iñíguez (2002) mencionan que el grado de violencia ejercido hacia a alguien dependerá de las condiciones en las cuales se encuentre dicha persona, tales como el contexto social interpersonal o intergrupala y la intencionalidad y daño como consecuencia del acto agresivo.

Por su parte, González (2003 citado en Alonso y Delgado, 2006) define violencia como una acción de carácter intenso que se realiza con la intención de herir o dañar a alguien o algo, pero que esta va a diferir en cuanto a su intensidad y su carga peyorativa.

Siguiendo esta línea es necesario diferenciar a la violencia de la agresión, es por ello que Huntingford y Turner (1987 citado en Carrasco y Gonzáles, 2006) mencionan que la agresión es un comportamiento básico primario de todos los seres vivos y se encuentra presente en la totalidad del reino animal, por lo cual se trata de un fenómeno multidimensional en el cual se encuentran implicados una gran cantidad de factores los cuales se pueden manifestar en cualquier nivel del ser vivo: físico, emocional, cognitivo y social.

De las afirmaciones anteriores, se resalta que mientras que la violencia hace referencia a las acciones cometidas por cualquier persona hacia alguien más con la intención de dañar; la agresión es de índole innata del ser humano, por consiguiente la agresividad tiene como función la adaptación mientras que la violencia va a depender de una interacción entre la agresividad y la cultura (Alonso y Delgado, 2006).

### *Clasificación de violencia*

Los tipos de violencia se pueden clasificar de acuerdo a diversos criterios como son: la manera de ejercerla (puede ser física, psicológica, sexual, económica), las características del agresor (jóvenes, adultos, mujeres, etc.), las características de la víctima (violencia de género, maltrato infantil, etc.) y de acuerdo al contexto de la relación entre agresor y víctima (bullying, moobing, doméstica o familiar) (Pueyo, 2012).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2002), clasifica a la violencia en tres categorías de acuerdo al autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Esta categorización distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos y la infligida por grupos más grandes como el Estado o grupos políticos.

A su vez, estas tres categorías se dividen en subcategorías para de este modo manifestar tipos de violencia más específicos.

#### *Violencia dirigida contra uno mismo*

Este tipo de violencia se refiere a los comportamientos suicidas y las autolesiones, de acuerdo a Garduño, Gómez y Peña (2011) el suicidio es toda conducta consciente que esta encausada a la autodestrucción de la propia persona, ya sea por omisión o por acción. La palabra suicidio proviene del latín *sui* (a sí mismo) y de *caedere* (matar).

Asimismo el suicidio es un acto de la víctima que va dirigido contra su propia vida y esta puede ser una lesión auto producida o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que conduce a un accidente fatal.

Una conducta suicida es aquella que se diferencia del intento suicida, esta supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero que no es conscientemente mortal

(Van Egmond y Diesktra 1989 citado en Alcántar, 2002). A este respecto, la conducta suicida incluye (García, 2006):

- Suicidio consumado, la persona se quita la vida con intento consciente.
- Intento de suicidio o parasuicidio, acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona.
- Gesto suicida, acto simbólico de suicidio pero no constituye amenazas serias de muerte.
- Amenaza de suicidio, la persona dice o hace algo deseando la autodestrucción.
- Ideación suicida, pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte.
- Muerte subliminal, la persona se encuentra en lugares y momentos extremadamente vulnerables con la finalidad de morir.

#### *Violencia interpersonal*

Este tipo de violencia incluye la de tipo familiar, de pareja y comunitaria, e incluye robos, riñas y secuestros en espacios públicos. Las consecuencias involucran daños a la salud mental, discapacidad y muerte; en donde las principales causas provienen del entorno familiar y social (Valdez, Hidalgo, Mojarro, Rivera y Ramos, 2013).

#### *Violencia familiar*

Culturalmente, se ha asociado autoridad con violencia lo que ha ayudado a justificar la violencia como una pauta de autoridad así mismo como el amor con la violencia y castigo con violencia (Alonso y Delgado, 2006). A este respecto el Consejo de Europa (1978 citado en Gómez, 2015) define a la violencia familiar como todo acto u omisión cometido en el núcleo familiar por uno de sus miembros, que perjudica la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad de uno de sus integrantes, lo cual causa un serio daño al desarrollo de su personalidad.

Dueñas (2013) hace referencia a que dentro de la violencia familiar existen diversos tipos de violencia, como son: corporal, verbal, psicológica y sexual en tanto que desde un aspecto conceptual esta es percibida como una conducta humana que es aprendida en el medio socio-familiar, la cual se puede generar por múltiples factores.

Atendiendo a estas consideraciones, un clima social tolerante hacia la violencia es uno de los principales factores macrosociales que favorecen la aparición de la violencia, en este sentido, la violencia familiar puede producir manifestaciones violentas dentro y fuera de la familia, así mismo está basada en el “respeto” excesivo hacia la vida privada ya que en la mayoría de los casos la sociedad se resiste en intervenir (Alonso y Delgado, 2006).

#### Violencia de pareja

Este tipo de violencia se desencadena cuando los límites relacionados con la consideración o el respeto hacia la otra persona son trasgredidos, empleando la misma como una herramienta de control de la conducta que se hace cada vez más habitual. En este sentido Echeburúa, Corral y Amor (2002 citado en Blázquez, Moreno y García-Baamonde, 2010) describen al maltrato en la pareja como un producto de la interacción de componentes emocionales del individuo tales como la ira, la rabia o la impotencia, las cuales se relacionan en la insuficiencia de habilidades comunicativas y de solución de problemas, las cuales tienen un impacto emocional en la salud mental de la víctima a corto y largo plazo.

La investigación realizada por Arenas en 2012, con una muestra de 57 mujeres que se encontraban en una relación de pareja o que terminaron la misma en un lapso máximo de un año al momento de la investigación, demostraron que las participantes que terminaron su relación habían recibido más violencia de tipo psicológico que quienes aún se mantenían en la relación, lo cual indica que la violencia psicológica es un predictor para terminar una relación violenta, sin

embargo, la satisfacción es una variable con mayor relevancia para tomar la decisión de mantener o terminar una relación, debido a que esta se relaciona con las conductas compensatorias después de una discusión.

Asimismo, Blázquez, Moreno y García-Baamonde (2010) mencionan que las estrategias utilizadas durante la relación violenta se traducen en actitudes y comportamientos de humillación, descalificación, ridiculización o constantes amenazas de abandono, las cuales son expresiones de maltrato emocional antes de llegar al maltrato físico.

Con respecto a lo antes expuesto, Echeburúa y Corral (1998) mencionan que el maltrato psicológico continuado aún sin que exista violencia física, tiene graves consecuencias en la salud mental y un ejemplo de ello es el estrés post-traumático diagnosticado en personas que han sufrido exclusivamente maltrato psicológico crónico.

#### Violencia comunitaria

Esta se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no, ocurre generalmente fuera del hogar. Así mismo, este tipo de violencia se relaciona con un ambiente tóxico comunitario que incluye criminalidad, dependencia a sustancias, agresividad interpersonal, delincuencia, problemas conductuales y de salud mental, violencia escolar y doméstica, exposición a escenarios violentos, desigualdad económica y problemas de retención escolar (OMS, 2002).

#### *Violencia colectiva*

En Psicología social la violencia colectiva se refiere al comportamiento violento inhabitual de grupos no organizados, sin estructura de roles ni status definidos, ya que en el momento en que exista una estructura de organización se habla entonces de violencia política o de movimientos sociales (Moreno, 2009).

Por otro lado, en el Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) la violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia el cual se ejerce por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos con el objetivo de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Dichos conflictos adoptan diferentes formas como conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos, genocidios, represiones y otras violaciones de los derechos humanos, terrorismo, crimen organizado, etc.

Las consecuencias de este tipo de violencia se asocian a diversos problemas psíquicos y comportamentales como depresión y ansiedad, conductas suicidas, abuso de alcohol y trastorno por estrés postraumático; estos traumas psíquicos pueden manifestarse en comportamientos alterados y antisociales como conflictos familiares y agresiones a otras personas. Esto es debido a que además de las amenazas directas de muerte y lesiones que supone el combate en los civiles, las tasas de morbilidad y mortalidad aumentan en tiempos de conflicto.

### *Violencia hacia pacientes psiquiátricos*

La violencia, ya sea física, sexual o psicológica, no solo es un síntoma o una manifestación psicopatológica, sino más bien es un fenómeno recíproco e interactivo el cual surge en el contexto de las relaciones sociales, la cual es relacionada con los instintos, los impulsos incontrolables y con aprendizajes sociales inadecuados (Arbach y Pueyo, 2007).

Partiendo de los supuestos anteriores, la violencia es un problema de primera magnitud en la sociedad actual pero las personas que sufren de trastornos mentales se ven perjudicadas por dos tipos de problemas, por un lado los derivados directamente de su propia enfermedad mental o trastorno, que suelen ser por su gravedad, episódicos o intermitentes susceptibles de intervenciones de efectividad creciente y por otro lado, los relacionados con los estigmas, los cuales de forma



paradójica suelen ser más permanentes y constantes (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

Sin duda, la violencia cometida por un enfermo mental es más temida por no tener sentido, es impredecible y extraña, ya que puede estar presente en prácticamente todos los trastornos mentales, dichos episodios aunque solo afectan ocasionalmente a una minoría de dichas personas juegan un papel negativo reforzando la estigmatización, el rechazo social y la discriminación hacia estas personas, lo cual sugiere una repercusión negativa en sus familias (González, et al., 2008).

En un estudio realizado a 80 pacientes con esquizofrenia se obtuvo que los participantes consideraron que los estilos de vida de las personas se relacionan con la existencia de violencia, ya que el aprendizaje de conductas violentas da lugar a que se repitan esos patrones aprendidos de forma circular en donde es muy difícil salir; por otro lado, los resultados también demostraron que los pacientes consideraron que las reacciones violentas si están relacionadas con la enfermedad mental por la dificultad que ellos presentan en la contención de impulsos, sin embargo, ellos mencionaron que son más agredidos por otras personas que lo que son capaces agredir, al mismo tiempo que se reconocieron como víctimas (Ulloa, 2007).

De las evidencias anteriores, López, et. al. (2008) mencionan que las personas con trastornos mentales sufren de actitudes sociales que se relacionan con el proceso de estigmatización, el cual incluye diversas fases, desde la identificación y etiquetado, pasando por la aplicación de estereotipos y prejuicios, hasta llegar a la discriminación y autoestigma, sin embargo, dichas actitudes varían de acuerdo a la cultura y la sociedad de cada país, así como también de factores sociodemográficos como la edad, nivel socioeducativo, sexo, etc.; por otro lado, dichas actitudes suelen ser más favorables en personas jóvenes y de menor nivel educativo, así como también en aquellas que conocen y tienen relación con personas afectadas.

Como consecuencia, el estigma tiene repercusiones negativas en el entorno social y personal de las personas con trastornos mentales, como disminución de la autoestima personal, favorecimiento hacia el aislamiento, retraso o inhibición en la petición de ayuda y dificultades en las relaciones sociales, la vivienda, el empleo y la atención sanitaria y social, así como el efecto negativo que se tiene sobre la familia (Corrigan, 2002; Warner, 2001, Wahl, 1999, Cowan, 2002; Piat, 2000; Rosenheck, 2006 y Stuart, 2006 citados en López, Laviana y López, 2009).

# *CAPÍTULO 5*

## *METODOLOGÍA*

### *Justificación*

Debido a que los trastornos psiquiátricos son un problema de salud pública a nivel mundial surge la necesidad de resaltar el papel que desempeña el psicólogo en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos, esto con la finalidad de diseñar y realizar actividades que favorezcan la rehabilitación integral de pacientes psiquiátricos con daño crónico, así como indagar en el trato que dichos pacientes reciben por parte de sus familiares, el personal de salud y la sociedad en general.

### *Planteamiento del problema*

Con base a lo descrito en los capítulos anteriores, las personas con enfermedad mental son un sector de la población en riesgo de padecer violencia, ya que son vulnerables y poseen de cierta discapacidad para defenderse, llama la atención que a este sector se le ha atribuido con frecuencia el carácter más de agresores que de víctimas, sin embargo, se observa que uno de los principales factores en la prevalencia y aparición de la enfermedad mental es la violencia, mostrándose claramente los estereotipos y la discriminación por la cual son objetos las personas que sufren de trastornos mentales.

En la mayor parte de los casos, los problemas de este sector poblacional son caracterizados por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo, por consecuencia, se encuentran en desventaja social, aislamiento, rechazo, problemas de tensión y sobrecarga familiar, y situaciones de maltrato y violencia en las que con frecuencia se ven expuestos (Alonso y Delgado, 2006).

La violencia es un fenómeno en el cual intervienen factores individuales, sociales y culturales en donde el impacto a nivel psicológico es notable en personas que sufren alguna enfermedad mental. En consecuencia, la discriminación encuentra su origen

principalmente en factores culturales, mismos que van a determinar las pautas de conducta de los individuos y la forma de relacionarse con ciertas personas o colectivos sociales, por ello tal como lo menciona López et al. (2008) se construyen estereotipos, prejuicios, estigmas y creencias que eternizan el círculo de la discriminación hacia ciertos grupos vulnerables, aunado a ello la tendencia de cuestionar la credibilidad del testimonio de la víctima.

Los enfermos mentales dadas sus condiciones de integración social más precarias y mayor aislamiento, están expuestas a mayor riesgo de exclusión, tienen mayores dificultades que la población en general, menores recursos personales, déficits en la autoestima y habilidades sociales, todo ello genera una mayor vulnerabilidad, una tendencia al ocultamiento del maltrato, autoinculpación y mayor invisibilidad como un sector victimario (López, et al., 2008). El maltrato constituye una situación de estrés que altera el curso y pronóstico del trastorno mental existente, lo cual aumenta los altos costos en tratamiento médico así como las constantes recaídas que se convierten en meses de internación.

Por tanto, el objetivo de la presente tesis fue diseñar y realizar actividades que favorecieran la rehabilitación integral de pacientes psiquiátricos con daño crónico además de observar mediante las entrevistas realizadas la violencia de la cual son objeto estas personas por el hecho de padecer un trastorno mental.

Las actividades realizadas estuvieron enfocadas en el diseño de programas encaminados a áreas tales como estimulación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, psicomotricidad y psicoeducación. Cada área se llevó a cabo durante 19 y 20 sesiones con una duración de 40 minutos durante los días sábados y domingos del mes de Febrero al mes de Agosto; las actividades enfocadas hacia la estimulación cognitiva y el entrenamiento de habilidades sociales se realizaron los días sábado por la mañana y tarde respectivamente, mientras que las actividades enfocadas hacia la psicomotricidad y psicoeducación se realizaron los días domingo por la mañana.

Por otra parte, tanto las entrevistas como los registros observacionales de la violencia fueron realizados los días sábado y domingo a la hora en la que los pacientes salían al jardín.

# *CAPÍTULO 6*

## *MÉTODO*

### *Participantes*

Se trabajó con 427 sujetos, 185 mujeres y 242 hombres, con un rango de edad de entre 18 a 75 años, quienes se encontraron hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, además de que padecían de diversos trastornos mentales, tales como: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastornos de la personalidad, Alzheimer, retraso mental y/o intentos suicidas.

Por las características de la Institución sólo se pudieron realizar tres entrevistas, estas fueron hechas a mujeres de edades de 18, 30 y 51 años, con un trastorno mental, en donde el tiempo de internación era de aproximadamente 1 mes, las cuales radicaban en el Estado de México al momento de ser internadas.

### *Instrumentos*

- Entrevista semiestructurada (ver anexo 1)
- Registro de violencia hacia los pacientes (ver anexo 2)

### *Procedimiento*

Del mes de Febrero al mes de Agosto se trabajó con 427 pacientes y se realizó lo siguiente:

- Se les pidió a los participantes su colaboración voluntaria para la realización de las actividades, los pacientes que participaron fueron aquellos que tuvieran autorización del médico para poder salir de la sección y acudir al aula donde se realizaron las actividades.

Dentro del aula se informó de forma verbal las principales reglas para realizar las actividades, las cuales fueron: levantar la mano para participar y respetar la participación de la persona que tuviera la palabra, así como orientar en tiempo y

espacio en cada sesión con la finalidad de que cada una de las sesiones se realizara con orden. Durante estas intervenciones también se realizó un registro observacional de la violencia a la que los pacientes son sometidos.

Actividades	Número de sesiones	Duración	Número de pacientes	
			Mujeres	Hombres
Estimulación cognitiva	19	40 minutos	185	0
Entrenamiento en habilidades sociales	20	40 minutos	0	242
Psicomotricidad	19	40 minutos	54	103
Psicoeducación	19	40 minutos	54	103

- Para las entrevistas se les pidió a tres participantes de forma voluntaria contestar de forma verbal, informándole acerca de la confidencialidad de sus respuestas. Dentro de la duración de las mismas, se realizó una evaluación relacionada a la violencia.

## *CAPÍTULO 7*

### *RESULTADOS*

De los 427 pacientes hombres y mujeres con los cuales se trabajó, se obtuvo que el 25% de ellos concluyó las actividades ya que ninguno de ellos mostro mejorías adecuadas ni cumplió con los requisitos que el hospital requería para ser dados de alta. Con el 75% restante las actividades no se concluyeron debido a que los pacientes fueron dados de alta por las mejorías observadas por médicos, enfermeros y psicólogos; algunos de ellos tuvieron un retroceso y fueron llevados a observación o las autorizaciones otorgadas por sus médicos fueron retiradas.

Cabe destacar que para que se dieran dichas mejorías el trabajo fue de forma integral, ya que además de la realización de las actividades de rehabilitación en fines de semana los pacientes también realizaban otras actividades tales como talleres ocupacionales a lo largo de la semana, terapias físicas, asistencia a sesiones con el psicólogo a cargo de su tratamiento y por supuesto que el tratamiento médico fuera favorable para los pacientes.

En el cuadro 1 se muestran los problemas que se detectaron en los pacientes durante las sesiones, los cuales estaban relacionados con la sintomatología de la enfermedad y los efectos negativos del medicamento.

Cuadro 1.

Problemas presentados en los pacientes atendidos.

Ideas delirantes, que hacían que los pacientes hablaran incoherencias o expresaran ideas relacionadas a otros temas ajenos a la sesión.
---

Estados anímicos depresivos, los que generaban que los pacientes no quisieran participar y cuando lo hacían sólo se enfocaban a aspectos negativos.
---



Poca tolerancia a sus compañeros, lo cual generaba hostilidad y que fueran groseros al momento de escuchar las opiniones de sus demás compañeros.

Los efectos de los medicamentos, sobre todo en las actividades de las mañanas, hacían que los pacientes tuvieran poca energía, así como estados de somnolencia durante gran parte de las sesiones.

### *Actividades*

- Estimulación cognitiva

Durante las sesiones realizadas mes con mes con los pacientes los resultados obtenidos en cada una fueron los siguientes:

En la tabla 1 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Febrero del año 2015.

Tabla 1.

Actividades mes de Febrero

<b>Número de Sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de actividades</b>	<b>Resultados</b>
1	6	Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.  En esta sesión se trabajó con el tema del amor con la actividad llamada "lluvia de ideas", en la que cada paciente dijo una palabra relacionada con el	El tema provocó que las pacientes tocaran temas relacionados con sus familias, hijos y esposos; en general de las emociones que sienten por sus personas queridas. Al momento de realizar la retroalimentación, las pacientes también hicieron mención a

		tema del amor y que para ellas fuera significativa, posterior a que cada paciente dijera la palabra se realizó retroalimentación con la finalidad de que cada pasante enfocara esas emociones y significados a la duración de su estancia en el hospital.	aspectos positivos como por ejemplo que esas emociones les servían a ellas como fortaleza para poder tener una mejoría en su rehabilitación.
2	15	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Posterior a ello se realizó la primera actividad la cual consistió en que las pacientes hicieron movimientos con su cuerpo dependiendo de las indicaciones que las pasantes les dieron.</p> <p>La sesión continuó con la actividad “teléfono descompuesto”, en la cual una pasante le dijo una frase a una paciente y esta la transmitió a otra compañera, así sucesivamente; al final la última paciente en recibir la frase la dijo en voz alta para verificar si era la misma frase del inicio o si hubo algún cambio.</p> <p>Para finalizar la sesión se les leyó una fábula que estuvo relacionada con la comunicación y se hizo retroalimentación.</p>	<p>En esta sesión se pudo observar que a algunas pacientes les costó trabajo realizar todos los movimientos debido a las propias deficiencias que conlleva la enfermedad.</p> <p>Las dos siguientes actividades estuvieron relacionadas con el tema de “comunicación” y para ello se observó que la mayoría de ellas cambió toda la frase colocando palabras que se les ocurrían porque no había un entendimiento hacia la otra persona y al finalizar con la retroalimentación las pacientes hicieron énfasis en que la falta de comunicación también se podía notar al momento de tratar familiares y el personal del hospital.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Febrero.

En la tabla 2 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Marzo del año 2015.

Tabla 2. Actividades mes de Marzo

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
3	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Posterior se realizó activación física con las pacientes con la finalidad de que ellas se activaran para poder continuar con la sesión.</p> <p>La siguiente actividad consistió en que las pasantes dieron ciertas sílabas que eran las terminaciones de algunas palabras y las pacientes debieron pensar en que palabras utilizar para poder participar.</p> <p>Al final se realizó la actividad “elefantes y jirafas”, la cual consistió en que las pacientes se pusieron de pie y formaron un círculo, en el centro estuvo una persona diferente para cada ronda. Cada ronda consistió en decir “elefante” para que las pacientes hicieran cierto movimiento o “jirafa” para hacer un movimiento diferente, la paciente que hiciera un movimiento diferente al correspondiente ocupó el lugar del centro y así sucesivamente.</p>	<p>En esta sesión se pudo notar como es que las pacientes estaban en el aspecto cognitivo debido a que las tres actividades requerían de procesos de atención y escucha activa para poder responder adecuadamente. Algunas de ellas no pudieron realizar alguna de ellas o ambas, estas pacientes eran aquellas que tenían poco tiempo de haber ingresado al hospital.</p>
4	11	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Posterior a ello se realizó la primera actividad la cual consistió en presentar tarjetas de colores en</p>	<p>La parte más significativa de la sesión fue al momento de realizar la actividad “patrocinio positivo” ya que a pesar de que la mayoría de las pacientes no se conocían pudieron decir aspectos positivos de sus compañeras, esta actividad ayudó a que las pacientes se dieran</p>

		<p>donde cada una representaba un movimiento diferente, al presentarse cada tarjeta todas las pacientes hicieron los diferentes movimientos.</p> <p>La siguiente actividad tuvo por nombre “haz lo contrario”, dicha actividad consistió en que cada paciente pasó al frente, dijo una acción e hizo lo contrario y las demás pacientes hicieron lo mismo.</p> <p>Y la última actividad fue “patrocinio positivo” en donde cada una de las pacientes paso al frente del grupo y las demás le hicieron un comentario positivo. Para cerrar la sesión se realizó una reflexión.</p>	<p>cuenta de los aspectos positivos que las demás personas perciben de ellas mismas.</p>
5	14	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Durante la sesión el tema principal fue la primavera por lo cual los pacientes formaron equipos y crearon una historia sobre dicho tema, al finalizar un representante de cada equipo paso al frente para compartir con los demás su historia.</p>	<p>Cuando los pacientes redactaron sus historias trabajaron en equipo para ponerse de acuerdo y concordar quién escribió, quién lo leyó a sus demás compañeros y todos dieron ideas para la historia. Esta actividad fue significativa ya que ellos trabajaron en la resolución de problemas, lo cual es un aspecto importante para su rehabilitación dentro y fuera del hospital para que ellos puedan tomar decisiones al momento de volver a sus casas.</p> <p>En esta sesión se trabajó con sección hombres y sección mujeres.</p>
6	9	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad consistió en activación física haciendo la actividad denominada “las estatuas de marfil” .</p>	<p>En esta sesión se observó cómo estaban las pacientes en los procesos de atención selectiva y memoria para poder realizar las actividades como habían sido indicadas por parte de las pasantes y cómo estaban sus emociones con respecto a su estancia durante el hospital, al mismo tiempo que la atención que recibían</p>

	<p>Posterior se realizó la actividad “El Fray presenta” en donde las pacientes se formaron en círculo y en cada ronda dijeron una categoría diferente, las pacientes que repitieron alguna palabra fueron descalificadas de la actividad.</p> <p>Al finalizar la sesión se realizó la actividad “En el Fray me siento...”, dicha actividad consistió en que las pasantes dieron frases con las cuales las pacientes tuvieron que completar con lo que se les viniera a la mente.</p>	<p>por parte del personal de atención médica (psicólogos, médicos, enfermeros), ya que también algunas de las pacientes mencionaron aspectos negativos. Estos comentarios al momento de decirlos a las pasantes psicólogas, los pacientes pudieron expresar cómo se sentían y cómo percibían su estancia en el hospital.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Marzo.

En la tabla 3 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Abril del año 2015.

Tabla 3. Actividades mes de Abril

<b>Número de sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de actividades</b>	<b>Resultados</b>
7	6	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad consistió en que las pasantes daban la instrucción a las pacientes de tocar objetos de un sólo color, los colores fueron azul, verde y amarillo.</p>	<p>Se observó cómo los procesos cognitivos de atención y concentración permitieron a las pacientes realizar de forma óptima la actividad, así también se observó que el tiempo en que las pacientes descifraron la actividad tuvo variación entre cada uno de los equipos.</p>

		<p>La siguiente actividad consistió en que las pacientes formaron grupos para poder descifrar frases de acuerdo a un código que se pegó en el pizarrón.</p>	
8	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primer actividad fue “basta” en la cual las pacientes hicieron equipos, cada una de las integrantes de cada equipo paso al pizarrón a concursar y escribir las palabras correspondientes a la letra dada por la pasante.</p> <p>La segunda actividad fue “adivina la canción”, en donde los mismos equipos concursaron para adivinar que canción era correspondiente a las palabras que la pasante dio.</p> <p>La última actividad tuvo por nombre “encuentra tu pareja”, en dicha actividad las pacientes hicieron sonidos de animales, todos los sonidos se repetían una vez para que las pacientes pudieran encontrar el sonido igual al que ellas emitieron.</p>	<p>Las pacientes hicieron comentarios favorables a que este tipo de actividades les gustaba mucho porque les hacía recordar por medio de las canciones algunos momentos significativos y al mismo tiempo recordar y sentir emociones agradables.</p>
9	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Las pacientes formaron parejas y la actividad consistió en que entre ellas se debían presentar mencionando los aspectos más importantes de ellas mismas como por ejemplo su nombre, edad y gustos en la comida.</p>	<p>Esta sesión estuvo enfocada en las relaciones interpersonales, en que las pacientes conocieron y aprendieron algunos aspectos sobre sus compañeras de piso; con la segunda actividad ellas pudieron plasmar algunos de sus objetivos más importantes, en donde los más sobresalientes fueron tomar sus medicamentos a la hora indicada por el médico, tener más comunicación con sus</p>

		La siguiente actividad fue “¿qué quiero sembrar?”, en ella las pacientes escribieron en papeles los objetivos a los cuales querían llegar durante su estancia en el hospital y al momento de que fueran dadas de alta por sus médicos.	familias (sobre todo mamás e hijos) y hacer lo mejor para no tener próximas recaídas.
10	9	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad consistió en que cada paciente pasó al frente y tocó algún objeto que estuviera dentro del aula, todas las demás hicieron lo mismo recordando el objeto que sus demás compañeras habían tocado.</p> <p>La segunda actividad fue “el reloj” en donde las pacientes formaron un círculo, cada una dijo su nombre y alguna cosa que le gustara, cada que una paciente mencionará lo anterior su compañera siguiente repitió lo mismo y posterior dijo sus propios datos.</p> <p>La última actividad fue “lluvia de ideas” y consistió en que las pacientes dijeron algunas frases que ellas consideraban adecuadas para poder tener una comunicación adecuada con las demás personas.</p>	Al finalizar la sesión cada paciente expreso las emociones que sintió al momento de ser escuchada y escuchar a su compañera, las principales emociones fueron de agrado ya que ellas mencionaron que no era fácil que los demás las escucharan y pudieran tener una conversación sobre todo con sus familiares.

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Abril.

En la tabla 4 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Mayo del año 2015.

Tabla 4. Actividades mes de Mayo

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
11	9	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad estuvo enfocada a que las pacientes por equipos formaron palabras con el mayor número de fichas posibles y ganó el equipo que formara la palabra más larga y con una correcta ortografía.</p> <p>En la segunda actividad se le entrego a cada paciente una hoja de papel con un lápiz en la cual ellas escribieron quién era la persona que significaba más para ellas, lo que habían aprendido de ella y por qué la consideraban como la más importante en sus vidas.</p>	<p>Las personas que más mencionaron fueron ambos padres, hermanos y algunos amigos los cuales las habían ayudado a ser fuertes para poder vivir con su enfermedad y además eran sus soportes cuando ellas tenían alguna recaída.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Mayo.

En la tabla 5 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Junio del año 2015.

Tabla 5. Actividades mes de Junio



Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
12	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Durante la sesión las pacientes crearon una historia en donde cada una dio una parte de dicha historia pero siguiendo con la coherencia de la misma.</p>	<p>Se observó que algunas de las pacientes tuvieron durante la sesión pensamientos delirantes ya que las ideas que ellas dieron estaban fuera de la realidad y no tenían nada que ver con lo que sus compañeras decían, sin embargo, también hubo pacientes que dijeron frases coherentes que ayudaron a la realización optima de la actividad.</p>
13	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La actividad fue la llamada “el reloj despertador”, consistió en que las pacientes formaron un círculo y se pasaron un cubo, cuando la pasante dio una palmada la paciente que tuviera el cubo respondió algunas preguntas de diferentes temas.</p>	<p>Se observó que la coordinación de algunas pacientes era escasa debido a los medicamentos por lo que muchas de ellas se equivocaron con frecuencia a diferencia de las demás, al mismo tiempo que cuando respondieron las preguntas el tiempo en el cual lo hicieron fue de hasta minutos. Sin embargo, a pesar de estas situaciones las pacientes que estaban mejor cognitivamente ayudaron a quienes les costó más trabajo responder.</p>
14	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad fue que las pacientes formaron un círculo y cada una iba contando, cada que fue un número non al que le tocara decirlo debió aplaudir, las que no lo hicieron</p>	<p>Las pacientes tuvieron una buena coordinación y memoria para recordar los números subsiguientes y al momento de realizar la segunda actividad ellas pudieron adivinar y hacer movimientos significativos para ayudar a que sus compañeras adivinaran de qué película se trató.</p>

	<p>tuvieron que hacer algún castigo como responder alguna pregunta o realizar algún ejercicio físico.</p> <p>La siguiente actividad fue “teléfono descompuesto con mímica” en donde las pacientes se dividieron en dos equipos y cada una de los equipos adivino las películas que la pasante les dio por medio de movimientos con sus cuerpos sin decir palabras o emitir algún sonido.</p>	
--	--	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Junio.

En la tabla 6 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Julio del año 2015.

Tabla 6. Actividades mes de Julio

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
15	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La actividad consistió en que las pacientes formularon entre todas una historia pero cada que una comenzara con una frase nueva ellas usaron la letra inicial de sus nombres pero sin dejar de darle sentido a la misma.</p>	<p>A la mayoría de las pacientes les costó trabajo encontrar palabras que iniciaran con la letra de sus nombres y al mismo tiempo darle sentido a la historia ya que la mayoría dijo palabras aisladas que de forma conjunta no eran útiles para continuar.</p>

16	15	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad que se realizó fue “el cartero llega para” en donde todas las pacientes formaron un círculo y una de ellas pasó al centro y dijo “el cartero llega para...” mencionando alguna característica que las demás tenían en común por ejemplo cabello largo, calcetas blancas, etc., así las personas que tuvieron esa característica cambiaron de lugar y quién se quedó sin lugar pasó al frente, así sucesivamente.</p> <p>Para finalizar la sesión se realizó una actividad en donde cada una de ellas pasó al frente a cantar la canción que más les gustara y explicar el porqué de dicha canción.</p>	<p>Cuando las pacientes se dieron cuenta que además de tener aspectos físicos parecidos también había aspectos emocionales ellas mostraron empatía e integración durante la sesión, del mismo modo al momento de que ellas pasaron a cantar, las demás en algunas canciones corearon y al final mencionaron que tuvieron una sesión agradable porque además de recordar momentos importantes que para algunas fueron tanto felices como tristes pudieron percatarse que entre sus compañeras también encontraron personas que las hacían sentirse mejor.</p>
17	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad fue “haz lo contrario” en la cual las pacientes realizaron movimientos contrarios a los que la pasante hizo.</p> <p>La segunda actividad fue “di la verdad”, la cual consistió en que cada una de las pacientes pasó al frente y las demás hicieron preguntas para que ellas las respondieran de forma verdadera.</p>	<p>La finalidad de estas actividades fue que las pacientes se conocieran mejor entre ellas para que de este modo tuvieran una mejor convivencia dentro de la sección, creando de esta forma nuevos lazos de amistad y apoyo.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Julio.

En la tabla 7 se presentan las actividades realizadas en estimulación cognitiva en el mes de Agosto del año 2015.

Tabla 7. Actividades mes de Agosto

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de las actividades	Resultados
18	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>En la primera actividad las pacientes formaron parejas y conversaron durante algún tiempo sobre los temas que ellas eligieron, estas parejas cambiaron cada que la pasante emitió una palmada.</p> <p>La segunda actividad fue “canta la canción” y consistió en que ellas formaron dos equipos diferentes y se les presentaron algunas palabras estímulo con las cuales ellas eligieron una canción en donde estas estuvieron contenidas y pasaron a frente a cantarlas, ganó el equipo que más canciones adivino.</p>	<p>Las conclusiones fueron que las pacientes mencionaron haberse sentido muy bien al platicar de lo que ellas quisieron con sus demás compañeras porque hubieron algunas con las que nunca habían hablado antes y en la segunda actividad ellas mencionaron que les agrado porque les hizo usar su mente para recordar las canciones y algunas de ellas les recordaron situaciones y emociones agradables.</p>
19	6	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p>	<p>Se fomentó la integración del grupo, ya que cada fin de semana hubieron pacientes nuevas en la sección y está actividad ayudó al</p>

	<p>La actividad fue “la telaraña”, la cual consistió en que las pacientes formaron un círculo y cada una de ellas se presentó al momento de aventar una bola de estambre para así formar una telaraña en medio del círculo.</p>	<p>reconocimiento del otro por medio de la presentación de cada una.</p>
--	---	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Agosto.

En las actividades encaminadas hacia la estimulación cognitiva se obtuvo que durante las 19 sesiones realizadas el número de pacientes que participo fue de 185, en donde la variación de la asistencia de pacientes para cada sesión fue de entre 6 y 15 pacientes, lo cual indica que el número de pacientes no fue acumulativo debido a que en cada sesión los pacientes no fueron los mismos, ello debido a que la población de mujeres del 4° piso con la cual se trabajó tuvo una variación semana a semana.

En la mayor parte de las sesiones estas actividades fueron dirigidas hacia la escucha activa y los procesos cognitivos en general, por medio de dinámicas en las cuales las pacientes estuvieron interesadas, ya que como el programa lo menciona, esta parte es de suma relevancia dentro de la rehabilitación de este tipo de pacientes, ya que es el área que se deteriora con mayor facilidad y por ello la importancia del trabajo constante.

Dentro de estas actividades se trataron temas que fueran de ayuda para las pacientes dentro y fuera del hospital, dichas actividades fueron:

Las emociones hacia sus familiares, personal del hospital y compañeras de la misma sección, resaltando con esas actividades los aspectos positivos que esas emociones pudieran tener durante su estancia en el Hospital y sobre todo en tener una mejoría en su rehabilitación. Ellas retroalimentaron que los aspectos positivos eran tener fortaleza para poder salir pronto y ver a sus seres queridos.

La importancia de la comunicación en sus relaciones personales para poder expresar de forma adecuada sus necesidades, situaciones de importancia, molestias, etc. Sin que ello ocasionara conflictos; sin embargo, ellas mencionaron que dentro de sus relaciones personales existe una carencia de comunicación tanto por parte de ellas como por parte de las demás personas incluyendo al personal de Hospital como enfermeras, médicos, psicólogos.

Explicaron cuáles fueron sus principales objetivos a lograr durante su estancia en el Hospital, algunas de ellas mencionaron que los más importantes eran poner más atención en las indicaciones del médico ya que algunas de ellas no se tomaban los medicamentos en la forma indicada, otro objetivo que ellas mencionaron fue que harían lo mejor posible para no volver a tener recaídas ya que cuando sus familiares las internaban ellas sentían que las abandonaban, por lo cual los sentimientos de resentimiento o de culpa estuvieron muy presentes.

Otras actividades se enfocaron en el uso de recuerdos para fomentar que la memoria a corto y largo plazo se mantuviera activa, ya que debido a la enfermedad y a los medicamentos que los pacientes reciben, este proceso se encuentra severamente afectado impidiendo que los pacientes desarrollen la mayoría de las actividades de forma adecuada. Al mismo tiempo que estos recuerdos les ayudaron en algunas sesiones a resolver la tarea dada por los pasantes, algunos ejemplos fueron resolver sopas de letras, descifrar códigos, crear historias con diversas frases que tuvieran sentido.

Todas las actividades se desarrollaron dentro de un ambiente complicado, debido a las necesidades de cada una de las pacientes y con ello a las dificultades que cada una de ellas presento al momento de realizar el trabajo, algunos ejemplos de ello fueron ideas delirantes, estados anímicos depresivos, agresividad y actitudes hostiles, como fueron no tener ganas de trabajar, ser groseras con sus demás compañeras o simplemente no poder controlar sus impulsos y hablar durante toda la sesión. Mientras que por otro lado, algunas de las pacientes mostraron una

mejoría sesión con sesión; ya que gran parte de ellas tuvieron una estancia en el Hospital de alrededor de 2 a 3 meses; lo cual se pudo observar en su constancia para asistir a las sesiones y al mismo tiempo ellas fueron de gran apoyo hacia sus demás compañeras y hacia nosotras al momento de hacer las retroalimentaciones de las actividades puesto que eran en la mayoría de las veces muy participativas.

### Entrenamiento en habilidades sociales

En la tabla 8 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Febrero del año 2015.

Tabla 8. Actividades mes de Febrero

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de las actividades	Resultados
1	11	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La actividad consistió en que cada paciente pensó en un animal u objeto con el cual se identificaba, posterior a ello cada uno de ellos pasó al frente a interpretar lo elegido con mímica, los demás adivinaron qué era y el paciente que interpreto explicó porque eligió ese.</p>	<p>Esta actividad se realizó con la finalidad de que los pacientes expresaran alguna cualidad física o mental que poseen por medio de las características de los animales. Cabe resaltar que ningún animal se repitió, sin embargo, algunos de los pacientes tuvieron muchas similitudes.</p>

2	18	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La actividad consistió en que las pacientes hicieron un intercambio de cartas en donde escribieron sólo aspectos positivos de la persona que les tocó, al final cada una entregó la carta a la persona correspondiente.</p>	<p>La importancia de esta sesión fue que cada una de ellas rescató aspectos positivos de sus compañeras, sin embargo, existieron complicaciones porque algunas de ellas no estuvieron conformes con la persona a quién debían escribirle por lo cual el tiempo de la sesión se extendió y se tuvo que realizar la actividad más rápido de lo planeado saltándose así algunos pasos importantes como el que cada una mencionara algunas palabras a su compañera.</p> <p>La sesión se realizó con la sección mujeres.</p>
---	----	--	---

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Febrero.

En la tabla 9 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Marzo del año 2015.

Tabla 9. Actividades mes de Marzo

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de las actividades	Resultados
3	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La siguiente actividad consistió en que las pasantes dieron ciertas sílabas que eran las</p>	<p>Al momento de trabajar en equipo los pacientes utilizaron habilidades sociales para poder trabajar en la resolución de problemas de forma organizada.</p>



		<p>terminaciones de algunas palabras y los pacientes debieron pensar en que palabras utilizar para poder participar.</p> <p>La segunda actividad fue “teléfono descompuesto con mímica” en donde los pacientes se dividieron en dos equipos y cada uno de los equipos adivino las películas que la pasante les dio por medio de movimientos con su cuerpo sin utilizar palabras.</p>	
4	9	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad fue “lluvia de ideas” en donde los pacientes pasaron una pelota y cada uno tuvo que decir una palabra relacionada al compañerismo.</p> <p>La segunda actividad consistió en que los pacientes dieron frases con las que ellos formaron una historia.</p>	<p>Se observó que algunos pacientes tuvieron complicaciones para poder relacionar conceptos ya que estaban en un estado delirante, esto también se notó al momento de que los pacientes dieron frases para completar la historia, sin embargo, los pacientes que estaban más ubicados en la realidad ayudaron a los demás.</p>
5	9	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad consistió en que una pasante leyó una lectura llamada “la casa de los mil espejos”.</p> <p>La segunda actividad fue “baila al ritmo de la música” en donde las pacientes eligieron una pareja diferente al momento de cambiar de ritmo, quienes se quedaron sin pareja pasaron al frente</p>	<p>Esta actividad se realizó con la sección de mujeres, al momento de realizar las reflexiones sólo algunas pacientes fueron las que participaron haciendo comentarios con respecto a la lectura, estos comentarios estuvieron enfocados a cómo se percibían ellas mismas y cómo las demás personas las percibían dependiendo a la forma en que se relacionaban con los demás; en general la sesión les sirvió para conocerse mejor entre ellas.</p>

		a realizar un castigo el cual consistió en responder una pregunta sobre ellas.	
6	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Posterior se realizó la actividad “El Fray presenta” en donde los pacientes se formaron en círculos y en cada ronda dijeron una categoría diferente, los pacientes que repitieron alguna palabra fueron descalificados de la actividad.</p> <p>Al finalizar la sesión se realizó la actividad “En el Fray me siento...”, dicha actividad consistió en que las pasantes dieron frases que los pacientes completaron con lo que se les vino a la mente.</p>	En estas actividades los pacientes expresaron sus conformidades e inconformidades al respecto del trato que recibían por el personal de atención médica, cada paciente expreso sus emociones.

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Marzo.

En la tabla 10 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Abril del año 2015.

Tabla 10. Actividades mes de Abril

<b>Número de sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de las actividades</b>	<b>Resultados</b>

7	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad fue “toca azul” en donde los pacientes debieron tocar diferentes objetos dependiendo a lo que las pasantes dijeron.</p> <p>Para finalizar los pacientes formaron grupos para poder descifrar frases de acuerdo a un código que se pegó en el pizarrón.</p>	<p>Se observó que para realizar las actividades cada equipo tuvo tiempos diferentes y algunos de ellos requirieron la ayuda de las pasantes, sin embargo, se logró satisfactoriamente que los pacientes descifrarán las frases; dichas frases estaban enfocadas a aspectos de su rehabilitación en donde ellos explicaron porque eran importantes.</p>
8	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>Se realizó la actividad “la orquesta” en donde los pacientes fueron divididos en equipos y cada uno pensó en diferentes canciones para que dependiendo a como las pasantes los eligieran ellos tuvieron que cantar dichas canciones.</p>	<p>Esta actividad se enfocó a que los pacientes se pusieron de acuerdo para elegir que canciones cantarían, estas canciones las conocieron todos los miembros del equipo. Con ello, los pacientes hicieron reflexiones de la importancia de reconocer al otro y que al mismo tiempo tuvieron similitudes.</p>
9	11	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad fue “encontrar similitudes” en donde los pacientes fueron separados por parejas y entre ellos platicaron sobre las cosas que tenían en común.</p> <p>Y para finalizar se realizó la actividad “¿qué quiero sembrar?”, para ello los pacientes escribieron en hojas de papel cuales eran sus principales objetivos dentro y fuera del hospital.</p>	<p>Los pacientes se enfocaron en conocer aspectos que tuvieron en común con sus demás compañeros así como también expresaron la forma en que se sintieron al conocer a personas con características parecidas a las de ellos.</p> <p>Los objetivos que ellos mencionaron estuvieron enfocados en regresar con su familia y seguir de forma rígida con el tratamiento médico.</p>

10	11	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad consistió en que cada paciente pasó al frente y tocó algún objeto que estuviera dentro del aula, todos los demás debían hacer lo mismo recordando el objeto que sus compañeros habían tocado.</p> <p>La segunda actividad fue “el reloj” en donde los pacientes formaron un círculo pasando un dado, cada que la pasante aplaudiera, el paciente que tenía el cubo tuvo que responder una pregunta.</p>	<p>En estas actividades los pacientes trabajaron en equipo ya que cuando alguno olvido algún objeto o la respuesta a la pregunta los demás ayudaron a responder.</p>
----	----	---	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Abril.

En la tabla 11 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Mayo del año 2015.

Tabla 11. Actividades mes de Mayo

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de las actividades	Resultados
11	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad estuvo enfocada a que las pacientes por equipos formaron palabras con el</p>	<p>Los pacientes pudieron interiorizar que aspectos o características tenían que los hacían considerarse como personas fuertes, estas fueron físicas, cognitivas y sociales.</p>

		<p>mayor número de fichas posibles y ganó el equipo que formó la palabra más larga y con una correcta ortografía.</p> <p>La segunda actividad consistió en que los pacientes escribieron en hojas los aspectos por los cuales pensaban que eran fuertes, posterior cada uno paso al frente a compartir con los demás lo que escribieron.</p>	
12	15	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>En la siguiente actividad cada uno de las pacientes pasó al frente y tuvo que hacer la copia de un dibujo, el primer paciente lo hizo de acuerdo al dibujo original y posteriormente cada uno de ellos paso a copiar el dibujo de su anterior compañero.</p>	<p>La percepción que tuvieron los pacientes ante el estímulo, que fue el dibujo, fue muy cambiante ya que ningún equipo pudo copiar el dibujo original y al finalizar ambos equipos mostraron dibujos totalmente diferentes, con ello se comentó la importancia de que cada persona tiene una visión diferente de las situaciones, de este modo se fomentó el respeto a los demás.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Mayo.

En la tabla 12 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Junio del año 2015.

Tabla 12. Actividades mes de Junio

<b>Número de sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de las actividades</b>	<b>Resultados</b>

13	12	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>En la primera actividad cada uno de los pacientes paso al frente para realizar un movimiento diferente, el paciente que pasó después debió de recordar el movimiento de su anterior compañero.</p> <p>La siguiente actividad fue “teléfono descompuesto con mímica” en donde los pacientes se dividieron en dos equipos y cada uno de los equipos adivino las películas que la pasante les dio.</p>	<p>Los pacientes tuvieron que recordar aspectos clave de las películas para poder expresarlo con mímica a sus demás compañeros con la finalidad de poder adivinar. Durante las actividades, los pacientes que estaban más estables ayudaron a quienes seguían con pensamientos delirantes con la finalidad de concluir con la actividad.</p>
14	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad que se realizó fue “el cartero llega para” en donde todos los pacientes formaron un círculo y uno de ellos estaría en medio diciendo “el cartero llega para...” mencionando alguna característica que los demás tuvieran en común, como por ejemplo calcetas blancas, cabello corto, etc., así las personas que tuvieron esa característica cambiaron de lugar y quién se quedó sin lugar ocupó el lugar del centro, así sucesivamente.</p>	<p>Esta actividad se realizó con la finalidad de que los pacientes notaran las similitudes que tenían con sus demás compañeros para que la convivencia dentro del piso mejorara.</p>
15	17	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera sesión consistió en que los pacientes tiraron un dado y dependiendo del número de</p>	<p>Con las preguntas los pacientes conocieron más sobre sus demás compañeros.</p> <p>Con la actividad de la casa, la reflexión se enfocó a que cada uno de ellos cumple un papel importante dentro de sus familias y</p>

		<p>puntos obtenidos contestaron algunas preguntas, por ejemplo si los puntos eran 2 ellos debieron decir 2 experiencias agradables que hubieran tenido.</p> <p>La segunda actividad consistió en que los pacientes formaron equipos y a cada equipo se le repartió la misma cantidad de fichas y se les dio algunos minutos para que entre todos los miembros de cada equipo formaran una casa.</p>	<p>con sus compañeros dentro del hospital porque pueden servir de ejemplo y apoyo a los demás.</p>
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Junio.

En la tabla 13 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Julio del año 2015.

Tabla 13. Actividades mes de Julio

<b>Número de sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de las actividades</b>	<b>Resultados</b>
16	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La actividad consistió en que los pacientes formularon entre todos una historia pero cada que uno comenzara con una frase nueva ellos usaron la letra inicial de sus nombres pero sin dejar de darle sentido a la misma.</p>	<p>En esta actividad se fomentó el trabajo en equipo ya que si alguno de ellos no supo que palabra podría ser los demás le ayudaron para que al final pudieran formar una historia con cada una de esas palabras.</p>

17	18	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad consistió en que cada uno de los pacientes paso al frente para presentarse ante los demás, ellos usaron una canción la cual consideraban que los definía.</p> <p>La segunda actividad fue “canta la canción” y consistió en que ellos formaron dos equipos diferentes y se les presentaron algunas palabras estímulo con las cuales ellos eligieron una canción en donde estas estuvieron contenidas y pasaron a frente a cantarlas, ganó el equipo que más canciones adivino.</p>	<p>Con estas actividades los pacientes se conocieron un poco más, algunos coincidieron con las canciones y compartieron con los demás un poco sobre sus historias de vida.</p>
18	12	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>En esta actividad se les entregaron fichas y los pacientes trabajaron juntos, uno de ellos trabajo solo, la actividad fue que ellos tuvieron que formar una casa.</p>	<p>Se le pregunto a cada uno de ellos como se habían sentido durante la actividad, los pacientes que trabajaron en equipo mencionaron que les resultó más fácil realizar la casa porque tenían el apoyo de sus demás compañeros, sin embargo al principio les costó trabajo llegar a un acuerdo de quiénes la construirían y cómo sería porque eran muchos y todos tuvieron ideas diferentes.</p> <p>Por otro lado, el paciente que trabajo solo menciono que fue mucho más fácil porque no tuvo que escuchar las ideas de alguien más pero que también se sintió solo porque escuchó como los demás hacían bromas y él no tuvo a alguien con quién platicar.</p> <p>La reflexión fue que ambas formas de resolver problemas son adecuadas</p>



			dependiendo de la situación pero que la mayor parte de las veces es mejor trabajar en equipo porque dos personas o más piensan mejor que una y el tiempo es más agradable que estando una sola persona.
--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Julio.

En la tabla 14 se presentan las actividades realizadas en entrenamiento de habilidades sociales en el mes de Agosto del año 2015.

Tabla 14. Actividades mes de Agosto

<b>Número de sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de las actividades</b>	<b>Resultados</b>
19	17	Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.  En esta actividad los pacientes eligieron parejas diferentes al momento de escuchar una palmada, ellos platicaron con sus compañeros sobre temas como sus gustos, planes a futuro, sus familias, etc.	Los pacientes conocieron más sobre las vidas de sus compañeros, escucharon y fueron escuchados.  Los comentarios fueron positivos ya que ellos dijeron que el ser escuchado por alguien más era agradable.
20	8	Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.	Los pacientes conocieron sobre los gustos musicales de sus compañeros, algunos pacientes corearon las canciones que sus demás compañeros cantaron.

		En esta actividad cada uno de los pacientes paso a cantar una canción diferente al frente, los demás pacientes les dieron una calificación.	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Agosto.

En las actividades encaminadas hacia el entrenamiento en habilidades sociales se obtuvo que durante las 20 sesiones realizadas el número de pacientes que participo fue de 242, en donde la variación de la asistencia de pacientes para cada sesión fue de entre 8 y 18 pacientes, lo cual lo cual indica que el número de pacientes no fue acumulativo debido a que en cada sesión los pacientes no fueron los mismos, ello debido a que la población de hombres del 4° piso con la cual se trabajó tuvo una variación semana a semana.

Durante las sesiones las actividades estuvieron enfocadas hacia el trabajo en equipo, ya que las habilidades sociales se vuelven escasas con el surgimiento de la enfermedad, ello debido al miedo a ser rechazados o a no poder relacionarse de forma adecuada con las demás personas.

Dentro de estas actividades se trataron temas que fueran de ayuda para los pacientes dentro y fuera del hospital, dichas actividades fueron:

Que los pacientes expresaron sus cualidades físicas y mentales, lo cual ayudó a que ellos notaran que entre ellos mismos existían similitudes las cuales les ayudarían a relacionarse mejor con los demás, así como también ellos pudieron identificar qué características positivas tenían sus demás compañeros.

Por medio de dinámicas como representar animales por medio de mímica, los pacientes interiorizaron los aspectos positivos que los hacían considerarse como

personas fuertes, aunque a algunos de ellos les costó más trabajo que a otros identificarse a sí mismos con estas características los demás pacientes les ayudaron dándoles ideas, ya que entre ellos se conocían y podían expresar algunas características positivas.

Resolución de problemas por medio del trabajo en equipo, en donde los pacientes se enfrentaron a escuchar y llegar a acuerdos con sus demás compañeros haciendo énfasis en que cada uno de ellos es diferente y las ideas igual, sin embargo deben ser respetados para poder tener una mejor convivencia no solo dentro del Hospital sino también en su día a día.

La importancia del papel que cada uno de ellos desempeña en sus familias a pesar de su enfermedad así como también se hizo énfasis en que para tener una mejor rehabilitación y calidad de vida es indispensable relacionarse con las demás personas y tener un círculo de apoyo para enfrentar las situaciones complicadas.

Cabe destacar que todas las actividades tuvieron complicaciones ya que algunos de los pacientes a pesar de tener autorización médica de participar en las actividades tuvieron ideas delirantes lo cual impidió que en determinadas sesiones se tuvieron que regresar a esos pacientes a la sección o prestarles más atención a ellos para poder continuar en orden las actividades. Sin embargo, los pacientes que presentaron una mejoría fueron parte clave del trabajo realizado, ya que ellos tuvieron un papel de apoyo hacia sus compañeros que tuvieron dificultades en realizar las dinámicas, así como también expresaron sus ideas en las retroalimentaciones de cada sesión.

### **Psicomotricidad y psicoeducación**

En la tabla 15 se presentan las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Febrero del año 2015.

Tabla 15. Actividades mes de Febrero

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
1	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera sesión consistió en que las pacientes eligieron a su animal favorito y pasaron al frente a representarlo, explicaron el porqué de su elección y de qué forma esas características les ayudarían a ellas con su rehabilitación.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>Las pacientes explicaron los aspectos o habilidades que tenían sus animales favoritos y cómo esas habilidades les ayudarían con su proceso de rehabilitación, las principales características fueron fuerza, agilidad, apoyo a los otros.</p>
2	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión con la ubicación espacio-tiempo y se hizo activación física.</p> <p>Se formaron dos equipos para que las pacientes hicieran la actividad de "ahorcado", las frases estuvieron relacionadas con la rehabilitación.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>Con la actividad física las pacientes pusieron en movimiento su cuerpo, ya que algunos de los medicamentos tienen efectos secundarios relacionados con la falta de movimiento.</p> <p>La siguiente actividad fortaleció los aspectos importantes dentro del hospital para una mejor rehabilitación con la finalidad de que las pacientes tuvieran una mejor adherencia terapéutica.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Febrero.

En la tabla 16 se presentan las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Marzo del año 2015.

Tabla 16. Actividades mes de Marzo

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
3	7	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo.</p> <p>La primera actividad se llamó “abecedario levantando la mano” en donde las pasantes dijeron algunas letras del abecedario y los pacientes tuvieron que hacer diversos movimientos acorde a las letras.</p> <p>La segunda actividad fue “confusión corporal”, las pasantes dijeron algunos movimientos y los pacientes hicieron los movimientos contrarios.</p> <p>Y finalmente la actividad “no te rías” en donde los pacientes formaron dos equipos y cada uno intento hacer reír al otro equipo.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>Las tres actividades estuvieron relacionadas en la motricidad de los pacientes al mismo tiempo que observamos que grado de coordinación tenían; cabe destacar que no todos los pacientes tuvieron la misma facilidad para realizar los movimientos al mismo tiempo que unos se tardaron más que otros.</p>
4	6	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p>	<p>La finalidad de la sesión fue que las pacientes mantuvieron su cuerpo en movimiento, al mismo tiempo que trabajaron en equipo para conocer</p>

		<p>La primera actividad fue “mar afuera, mar adentro”, en donde las pacientes se formaron en dos equipos para poder realizar la actividad.</p> <p>La segunda actividad fue “prohibido decir si y no”, las pasantes hicieron preguntas a las pacientes pero al responder no pudieron decir “sí” ni “no”.</p> <p>Se realizó la actividad “la orquesta” en donde las pacientes fueron divididas en equipos y cada uno pensó en diferentes canciones para que dependiendo a como las pasantes las eligieran ellas tuvieron que cantar dichas canciones.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>más a sus compañeras por medio de sus gustos musicales.</p>
5	9	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad fue “elefantes y jirafas”, la cual consistió en que las pacientes se pusieran de pie y formaran un círculo, en el centro estuvo una persona diferente para cada ronda. Cada ronda consistió en decir “elefante” para que las pacientes hicieran cierto movimiento o “jirafa” para hacer un movimiento diferente, la paciente que hiciera un movimiento diferente al correspondiente paso al centro del círculo y así sucesivamente.</p> <p>Para finalizar la sesión se realizó la actividad “pregunta, pregunta”, en donde las pacientes</p>	<p>Las actividades estuvieron enfocadas en que las pacientes se concentraran para no repetir lo que sus compañeras habían dicho con anterioridad, de modo que se trabajó con el proceso de atención.</p>

		<p>pasaron una pelota para hacer preguntas pero al responder debieron hacer preguntas.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Marzo.

En la tabla 17 se presentan las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Abril del año 2015.

Tabla 17. Actividades mes de Abril

<b>Número de sesión</b>	<b>Número de pacientes durante la sesión</b>	<b>Desarrollo de actividades</b>	<b>Resultados</b>
6	11	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad fue “canta la canción” y consistió en que los pacientes formaron dos equipos diferentes y se les presentaron algunas palabras estímulo con las cuales ellos eligieron una canción en donde estas estuvieron contenidas y pasaron al frente a cantarlas, ganó el equipo que más canciones adivino.</p>	<p>Los pacientes trabajaron actividades relacionadas con el compañerismo pero al mismo tiempo con las emociones, ya que cada uno de ellos expreso las cosas o situaciones que lo hacían feliz, lo cual también sirvió de experiencias para los demás para determinadas situaciones; algunos de ellos compartieron ideas similares.</p>

		<p>La segunda actividad fue “la lista de la felicidad” en donde cada paciente dijo qué es lo que le hacía feliz y se discutió sobre cómo estas ideas les ayudarían en su rehabilitación.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	
7	5	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad fue “El Fray presenta” en donde las pacientes dijeron palabras de diferentes categorías, una de ellas fueron palabras que se relacionaran con su rehabilitación.</p> <p>La segunda actividad fue “el teléfono descompuesto”, en donde una pasante dijo una frase a una paciente y esta la transmitiría a otra compañera y así sucesivamente; al final la última paciente en recibir la frase la dijo en voz alta para verificar si era la misma frase del inicio o si hubo algún cambio.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>En estas actividades las pacientes identificaron que cosas o aspectos les ayudarían a su rehabilitación tanto fuera del hospital como durante su estancia en el mismo, identificando que la comunicación adecuada es un aspecto de mucha relevancia porque con ello pueden expresar de forma óptima sus emociones y sus ideas hacia las demás personas.</p>
8	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p>	<p>La finalidad de esta actividad consistió en que los pacientes expresaran sus emociones con respecto al contacto físico con más</p>



		<p>La actividad consistió en que cada uno de los pacientes pasó una carta a sus demás compañeros pero sin que utilizaran sus manos.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>personas, en específico con personas de su mismo sexo.</p>
9	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad fue “conejos y conejeras” en donde a cada paciente se le nombro como “conejo” o “conejera”, cada vez que las pasantes dijeron alguna de estas dos palabras los pacientes debieron hacer equipos.</p> <p>La segunda actividad consistió en que cada paciente escribió en un papel quién era la persona más importante en su vida y el por qué, posterior a ello cada uno de los pacientes paso al frente para compartir lo escrito con sus demás compañeros.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>Al momento de compartir lo que los pacientes escribieron algunos lloraron debido a que recordaron que en esos momentos no podían estar con ellos y eso los hacía sentirse tristes, sin embargo, todos dijeron qué es lo que aprendieron de esas personas y cómo eso les ayudaría en su rehabilitación.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Mayo.

En la tabla 18 se presentan las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Mayo del año 2015.

Tabla 18. Actividades mes de Mayo

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
10	5	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad consistió en que las pasantes dieron ciertas sílabas que eran las terminaciones de algunas palabras y las pacientes debieron pensar en que palabras utilizar para poder participar.</p> <p>En la siguiente actividad cada una de las pacientes paso al frente y tuvo que hacer la copia de un dibujo, la primera paciente lo hizo de acuerdo al dibujo original y posteriormente cada una de ellas paso a copiar el dibujo de su anterior compañera.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>En esta sesión se hicieron reflexiones sobre la percepción que tiene cada persona a situaciones y estímulos diferentes por lo cual cada una de ellas es única pero que si puede tener similitudes o formas de pensar parecidas a sus demás compañeras; de igual modo se fomentó el respeto entre ellas y hacia los demás pacientes del hospital.</p>

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Mayo.

En la tabla 19 se presentar las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Junio del año 2015.

Tabla 19. Actividades mes de Junio

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
11	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La actividad consistió en que los pacientes aprendieron los pasos básicos de ritmos como salsa y cumbia.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección hombres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>La reflexión se enfocó a la importancia que tiene el hacer ejercicio y mantenerse en movimiento para que las personas se sientan contentas ya que se generan sustancias en nuestro cerebro que hace que las personas se sientan mejor, al mismo tiempo que el aprender a bailar significa mantener activos los procesos de memoria para recordar cómo es cada paso y así tener un equilibrio con su cuerpo y mente.</p>
12	7	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad fue “El Fray presenta” en donde los pacientes dijeron palabras de diferentes categorías, una de ellas fueron palabras que se relacionaran con su rehabilitación.</p> <p>La segunda actividad fue “adivina la canción”, en donde los pacientes formaron equipos los cuales concursaron para adivinar que canción</p>	<p>Los pacientes se enfocaron en los aspectos positivos que les ayudaría en su rehabilitación y así mismo recordaron algunas de las canciones para poder pasar a cantarlas al frente, algunas de ellas las bailaron.</p>

		<p>era correspondiente a las palabras que la pasante dio.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	
13	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad consistió en que los pacientes formaron grupos, a cada uno de ellos se les entregó fichas para que formaran palabras, estas estuvieron relacionadas con el día del padre.</p> <p>La segunda actividad fue “penitencias” en donde cada paciente debió escribir un castigo al compañero de su derecha, cada persona puso nombre y al finalizar cada uno de ellos tuvo que hacer el castigo que escribió.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>La principal reflexión fue “no hay que hacer a alguien lo que no quieres que te hagan”, ya que a pesar de que los castigos sólo estuvieron relacionados con decir chistes, cantar o bailar, algunos de ellos no querían hacerlo por pena o porque no sabían que hacer o decir.</p>
14	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La actividad fue “basta” en donde los pacientes se dividieron en equipos, un participante de cada equipo pasó al pizarrón para escribir las palabras de acuerdo a cada categoría.</p>	<p>Los pacientes trabajaron con los procesos cognitivos como memoria y atención para escribir las categorías y ayudar a los pacientes que no sabían o no podían completar la actividad.</p>

		La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Junio.

En la tabla 20 se presentan las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Julio del año 2015.

Tabla 20. Actividades mes de Julio

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
15	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad fue “el nudo humano” en donde los pacientes se tomaron de las manos e hicieron un nudo, uno de ellos quedo fuera y fue quién deshizo el nudo.</p> <p>La segunda actividad fue que los pacientes se dividieron en equipos y cada uno de ellos paso al frente de un twister para identificar los colores acorde a las palabras que las pasantes dijeron.</p>	<p>La finalidad de estas actividades fue trabajar con la motricidad y la cognición de los pacientes para fomentar el compañerismo y el trabajo en equipo.</p>

		La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.	
16	11	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad consistió en que cada paciente paso al frente a realizar un ejercicio así los demás lo hicieron.</p> <p>La segunda actividad fue “di la verdad”, cada uno de ellos paso al frente y se sentó en una silla, los demás le hicieron preguntas.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	Estas actividades estuvieron enfocadas en que los pacientes interactuaron entre ellos y así se conocieron un poco más.
17	10	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>En la actividad los pacientes se dividieron en equipos y se enfocó en las emociones por medio de dramatización de diferentes situaciones.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	La importancia de esta sesión fue que los pacientes pudieron enfocarse en las emociones que las situaciones les provocaron y compartirlas con sus demás compañeros.

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Julio.

En la tabla 21 se presentan las actividades realizadas en psicomotricidad y psicoeducación en el mes de Agosto del año 2015.

Tabla 21. Actividades mes de Agosto

Número de sesión	Número de pacientes durante la sesión	Desarrollo de actividades	Resultados
18	13	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad consistió en que a los pacientes se les presentaron algunos objetos, ellos debieron adivinar qué objetos eran mediante el tacto.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	<p>El objetivo de esta actividad fue que los pacientes pudieran utilizar además de la vista, los sentidos del tacto y el olfato con la finalidad de poder identificar los objetos, para ello también tuvieron que hacer uso de la memoria para reconocer cada uno de los objetos.</p>
19	8	<p>Se inició la sesión estableciendo las tres reglas básicas para el mejor desarrollo de la sesión y con la ubicación espacio-tiempo, así con activación física.</p> <p>La primera actividad consistió en que los pacientes pasaron al frente a compartir con los demás quién consideraban ellos como su héroe o heroína.</p>	<p>Estas actividades se enfocaron en la integración pero resaltando sólo aspectos positivos de cada uno de ellos, al mismo tiempo que reforzando algunas de las relaciones de amistad que ya estaban formadas.</p>

		<p>La segunda actividad fue que cada uno de los pacientes dijo una cualidad a cada uno de sus compañeros.</p> <p>La actividad de la tarde se realizó en la sección mujeres con juegos de mesa, ello debido a que era el horario de visita.</p>	
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, todos los datos son de los resultados obtenidos en el mes de Agosto.

En las actividades encaminadas hacia psicomotricidad y psicoeducación se obtuvo que durante las 19 sesiones realizadas el número de pacientes que participo fue de 157, 54 mujeres y 103 hombres, en donde la variación de la asistencia de pacientes para cada sesión fue de entre 5 y 13 pacientes, lo cual indica que el número de pacientes no fue acumulativo debido a que en cada sesión los pacientes no fueron los mismos, ello debido a que la población tanto de mujeres como de hombres del 4° piso con la cual se trabajó tuvo una variación semana a semana.

El trabajo realizado en estas sesiones se enfocó en la motricidad de los pacientes, debido a que al igual que los otros dos ámbitos (cognitivo y social), la parte motriz también se ve afectada debido a los medicamentos y a la propia enfermedad haciendo que los movimientos sean lentos, que los pacientes no tengan ganas de realizar actividad física o al contrario tengan demasiada energía la cual la utilizan por ejemplo destrozando objetos.

Y por otro lado las actividades realizadas en psicoeducación se enfocaron a tratar temas que ayudaran a los pacientes dentro y fuera del Hospital así como resolver dudas con respecto a su estancia en el Hospital.

Dichas actividades fueron:



Por medio de ejercicios sencillos de coordinación los pacientes realizaron ejercicio físico, algunas de estas actividades fueron tocar objetos de diferentes colores, confusión corporal en donde los pacientes hicieron movimientos opuestos a los que las pasantes hicieron.

Aspectos relacionados con la adherencia terapéutica, como la comunicación que debe existir entre el paciente con psicólogo, médico y familia para poder tener mayor información al respecto de la enfermedad y con ello una notable mejoría, fomentando el apoyo de los mismos hacia el paciente.

Por la tarde se realizó la actividad con las mismas secciones pero dentro de cada sección ya que era la hora de la visita y algunos de ellos no eran visitados por sus familiares; y en donde el principal objetivo fue compartir con ellos más tiempo, jugando juegos de mesa o si ellos lo pedían hablar tiempo a solas, ya que muchas veces ellos mencionaron que se sentían solos o que no recibían la atención necesaria por los psicólogos puesto que la demanda de pacientes era alta; así al hablar con nosotros ellos encontraban otra fuente de ayuda.

Realizar estas actividades fue un poco menos complicado ya que a pesar de que algunos de los pacientes se encontraban en los efectos de los medicamentos, al final de las sesiones dieron las gracias de haber hecho actividades fuera de la rutina ya que eso les hacía falta para mantenerse en movimiento, conocerse con los demás pacientes así como aminorar los efectos del medicamento.

Cuadro 2.

Comparación de actividades

Primera sesión	Última sesión
Durante la primera sesión se observaron las principales	A pesar que durante el transcurso de los 6 meses de trabajo el número de

<p>problemáticas dentro de la sección, las cuales fueron la falta de participación por parte de los pacientes, las escasas habilidades sociales para trabajar en equipo, así como las emociones con las cuales los pacientes tenían que lidiar durante su estancia en el Hospital.</p>	<p>pacientes vario semana a semana existieron cambios dentro del grupo en general, tales cambios fueron que los pacientes mostraron mayor participación en las sesiones, a pesar de los efectos del medicamento ellos mencionaron que las actividades que involucraban algún tipo de activación les beneficiaban para despertar y mantenerse activos durante el día, la integración grupal fue mayor debido que si alguno de ellos no podía realizar cierta actividad sus compañeros lo ayudaban.</p> <p>No obstante, una parte de los pacientes no tuvo alguna mejora ya que la sintomatología fue persistente durante las sesiones así como las altas y recaídas en el Hospital.</p>
--	--

### *Violencia*

Durante las entrevistas y en el transcurso de las actividades, se hicieron preguntas y actividades relacionadas con las emociones y la percepción de los pacientes con respecto al trato que recibían en sus núcleos familiares, en su estancia en el Hospital y en general con su medio ambiente social.

Dentro de los registros observacionales enfocados hacia la violencia que ellos recibían así como la violencia que ellos percibían recibir por parte de sus familiares

y personal del hospital, los datos obtenidos fueron que la mayoría de ellos percibía violencia intrafamiliar que era ejercida por sus parejas, hijos y padres, así como la carencia de medicamentos, ello debido a que provenían de familias con bajos recursos, las cuales no contaban con los recursos monetarios necesarios para comprar las medicinas así como para acudir a las consultas médicas en el momento necesario.

Parte de la violencia que recibían también se encontró la falta de oportunidades para tener un trabajo digno y atención médica, ello debido a que en su estancia en el hospital no siempre sus médicos y enfermeros respondían sus dudas. Con lo cual, los intentos suicidados fueron un método de salvación y con ello una llamada de alerta para la familia de los internos.

Asimismo los pacientes consideraban que el trato que recibieron al momento de llegar al hospital no fue el mejor ya que ellos pensaban y sentían que sus familiares los habían abandonado y por lo tanto no regresarían por ellos, sin embargo, nadie del hospital les brindo orientación explicando que era lo que estaba ocurriendo; ello significo que al momento de entrevistar a los pacientes, los que tenían poco tiempo de haber ingresado se encontraban en un estado de confusión y angustia porque seguían sin entender que era lo que ocurría puesto que como una regla del hospital, los pacientes recién ingresados no tenían permitido hacer llamadas a familiares ni a recibir visitas. Igualmente al momento en que los pacientes recibían visitas la atención de sus familiares hacia ellos era de consentimiento ya que era notorio que todo lo que los pacientes quisieran la familia lo compraba; a este respecto al momento de hablar con los familiares en presencia del paciente se observó que el trato y la forma en la cual se referían a los pacientes era de lastima puesto que usaban frases tales como “pobrecito de mi hijo”, “siempre ha sufrido mucho”, entre otras, así como sentimientos de culpabilidad. Sin duda, llama la atención el hecho de que después de la visita pasaban semanas sin volver a visitarlos, lo cual es incongruente ya que cuando los familiares conviven con el paciente dentro de la

institución esta relación es complaciente mientras que fuera de la institución la relación es deficiente.

Siguiendo con esta línea, también se obtuvo que los pacientes hicieron énfasis en las escasas relaciones interpersonales que tenían o habían tenido en algún momento de sus vidas, ya que por padecer una enfermedad mental ellos preferían ser personas aisladas para evitar ser discriminados o etiquetados; sin embargo, esto se hacía presente en sus vidas al momento de buscar un empleo o para relacionarse con cualquier persona puesto que la mayoría de ellos mencionó la falta de amigos o personas externas al núcleo familiar como fuente de apoyo.

Por lo tanto, es necesario mencionar que no hubo un trabajo dirigido al tratamiento de la violencia, ya que por la falta de tiempo, los requerimientos de la institución y de los pacientes, así como las altas a los pacientes dadas entre semana y los cambios suscitados con ellos sólo se pudo abordar el tema desde un aspecto observacional y de acuerdo a lo que los pacientes sentían y decían.

### *Casos clínicos*

Acorde a los entrevistas realizadas y los datos obtenidos, se pudo observar que las causas de los trastornos fueron diversas ya que entre ellas se encontraron sucesos traumáticos como violaciones por parte de sus familiares o personas externas al núcleo familiar, estilos de vida en donde la violencia era la principal forma de convivencia dentro y fuera del núcleo familiar, separaciones de los padres o carencia de alguno de ellos, niveles educativos bajos así como también la necesidad por parte de los pacientes para conseguir empleo a temprana edad con el objetivo que generar más recursos para apoyar a sus familias como por ejemplo la promiscuidad como fuente de obtención de ingresos, sucesos que detonaron la enfermedad en edades avanzadas como la pérdida de familiares y en muchos de los casos no existía ningún medio de apoyo que hiciera que los pacientes poseyeran una mejor calidad de vida o de apoyo para poder vivir con la enfermedad; esto debido a que la mayoría de las

familias eran de escasos recursos y no tenían los medios suficientes para atender las necesidades del paciente, así como la carencia de información y apoyo hacia los mismos.

## *CAPÍTULO 8*

### *CASOS CLÍNICOS*

*“Hay veces en las que la mente recibe un golpe tan fuerte que se refugia en la locura. Hay veces en las que la realidad no es más que dolor, y para escapar de ese dolor, la mente debe dejar atrás la realidad”*

*Patrick Rothfuss*

Para la realización de los casos clínicos fue necesaria la participación de 3 pacientes, las cuales respondieron una entrevista semiestructurada, dichos casos son los siguientes:

- ***Caso clínico 1:***

*Datos personales:*

*Nombre:* R.B.S *Sexo:* F *Edad:* 30 años *Escolaridad:* secundaria *Estado civil:* casada

*Lugar y fecha de nacimiento:* 5 de noviembre de 1984, Estado de México

*Fecha de ingreso:* 18 de marzo de 2015 *Ocupación:* ama de casa

*Numero de internamientos:* 3 *Responsable:* esposo

*Motivo de internamiento:*

Alucinaciones auditivas imperativas de auto daño y heterodaño.

Autoagresiones

*Padecimiento:*

Antecedente de abuso sexual por parte de su madre a los 9 años de edad, así como abuso físico y psicológico por parte de la misma, iniciando en la infancia. Refiere rasgos de personalidad caracterizados por poca tolerancia a la frustración,

sentimiento crónico de vacío, impulsividad, fluctuaciones drásticas en estado de ánimo, alteraciones en auto imagen así como relaciones personales inestables.

A los 12 años la paciente se traslada a la Ciudad de México en búsqueda de su padre, siendo admitida en casa hogar durante 3 años, menciona que en dicho lugar fue abusada sexualmente por director de la institución. Dice haber iniciado desde esa edad con ideas de muerte y minusvalía, con autolesiones cortándose ambas muñecas, con fines suicidas, por lo que fue hospitalizada en el Hospital General de Celaya, Gto.

En el 2009 es diagnosticada con anorexia nerviosa con tratamiento con imipramina durante un año, tratamiento suspendido por siguiente embarazo, previo a esto presentando intento suicida tras estresor de pareja con ingesta de medicamento imipramina, no requiriendo hospitalización.

Menciona que en enero de 2014, tras estresor familiar (accidente automovilístico) acude a centro de salud San Ángel para solicitar atención psiquiátrica ya que presentaba angustia, tristeza, llanto fácil, sentimiento de minusvalía, menciona que aumentaba irritabilidad hacia sus hijos, tricotilomanía, descuido en higiene y aliño, sentimiento de vacío, ideas de muerte con plan pobremente estructurado, inicia tratamiento a base de fluoxetina e hidroxicina, así como psicoterapia.

La paciente refiere a partir de enero sentir sintomatología afectiva caracterizada por tristeza, llanto fácil, sentimiento de minusvalía, hiporexia (pérdida del apetito), disminución en higiene y aliño, disminución de peso no cuantificada, angustia, abulia, anhedonia, irritabilidad hacia familiares y hacia sus hijos, ideas de muerte con plan estructurado, agregándose desde 1 mes alucinaciones auditivas imperativas de suicidio y homicidio hacia sus hijos.

Dice que hace 3 semanas (principios de junio de 2014) esta sintomatología se intensifica, por lo que el 21 de abril de 2014 presenta intento suicida con ingesta de múltiples medicamentos (fluoxetina, clonazepam) acudiendo el día 22 de abril al

servicio de urgencias del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, en donde recibe tratamiento y se realizan estudios de laboratorio reportándose como normales.

El primer ingreso fue el 22 de abril a causa de intoxicación e intento de homicidio a su hija mayor, por lo cual permaneció en observación, refirió que además de alteraciones en la alimentación al presentar atracones en episodios de ansiedad.

En junio de 2014 es ingresada en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" por segunda vez, por 14 días tras presentar alucinaciones auditivas imperativas de autodaño, egresa con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con tratamiento farmacológico (risperidona y setralina).

En su último internamiento, en el cual se le observó ansiosa al inicio de la entrevista golpeándose la cara, por lo que se decide su ingreso a servicio especial; refiere tener fenómeno de deja vú con frecuencia diaria, crisis uncinadas en las que huele a podrido con duración de segundos, fenómenos de despersonalización y desrealización.

#### *Historia familiar:*

Proviene de una familia desintegrada por actitud de la madre debido a que argumentaba violencia intrafamiliar por parte del padre, abuso psicológico y físico por parte de la madre.

Madre de 55 años viva, padre de 91 años finado debido a paro cardiorrespiratorio y hermano con adicción a cocaína (se desconoce la edad).

Toxicomanías: consumía activo a los 12 años con patrón de consumo diario, sustituyéndolo por cocaína inhalada y piedra desde los 15 años con patrón de consumo diario suspendido hace 10 años. Tabaco con patrón de consumo de 5 cajetillas al día suspendido de igual forma hace 10 años.

#### *Historia escolar:*



Inicia a los 4 años preescolar, durante 2 años, primaria a los 6 concluyéndola con regular aprovechamiento debido a maltrato psicológico, inicia secundaria a los 17 años en semiescolarizada truncándola a los 4 meses debido a cambio de domicilio. Reinicia estudios en secundaria abierta hace aproximadamente un año (2013).

*Historia laboral:*

Inicia desde los 12 años como limpia parabrisas, durante 3 años.

A los 17 años como bailarina exótica, durante 3 meses.

Cambia de domicilio a Veracruz iniciando a trabajar como personal de aseo a los 18 años.

A los 18 años como cajera en supermercado con duración de 6 meses.

A los 19 años en auto lavado durante 4 meses y como sexo servidora durante 7 meses.

*Historia psicosexual:*

Múltiples parejas sexuales.

A los 16 años es abusada sexualmente por un desconocido por lo cual tiene a su primer hijo.

En el 2005 contrae matrimonio al estar embarazada nuevamente.

*Otras notas durante la entrevista:*

La paciente refirió: "En parte no quiero a mi mamá, pero sé que debo de quererla", "le pegaba a mi hija la mayor pero no porque quisiera sino porque me recuerda a mí, ella es feliz y yo no lo era a su edad", "una buena madre debe de querer a sus hijos, cuidarlos, atenderlos, darles cariño, a mí no me dieron eso pero debo de querer a mi madre nada más por ser mi madre".

*Diagnóstico:*

Trastorno depresivo recurrente episodio grave en remisión F33.3

Trastorno por estrés postraumático crónico F43.1

Trastorno de personalidad tipo mixto (límite y disocial) F61.0

- ***Caso clínico 2:***

*Datos personales:*

*Nombre:* R.G.L    *Sexo:* F    *Edad:* 51 años    *Escolaridad:* I.Q. sin título    *Estado civil:* casada

*Lugar y fecha de nacimiento:* 23 de agosto de 1963, Tamaulipas

*Fecha de ingreso:* 29 de enero de 2015    *Ocupación:* ama de casa

*Numero de internamientos:* 2    *Responsable:* esposo

*Motivo de internamiento:*

Errores de juicio y conducta, ideas delirantes.

*Padecimiento:*

Lo inició hace 2 años con descuido de su aliño personal e higiene, apatía, abulia (falta de energía), ideas delirantes de daño y persecución, así como alucinaciones auditivas, acudiendo con médico quien recetó medicamento no especificado con mal apego, tomándolo sólo unas semanas afirmándose con remisión total del cuadro psicótico.

En octubre de 2014 reinicia con descuido del aliño, insomnio y apatía, hiporexia (pérdida de apetito) y aislamiento social, con ideas delirantes de daño e hiperreligiosidad, soliloquios (hablar consigo misma en voz alta) y risas inmotivadas, irritabilidad con agresividad verbal y errores de juicio y conducta.

*Historia familiar:*

Proviene de familia de medio urbano, nivel socioeconómico medio, integrado y funcional.

Madre finada a los 54 años, se desconoce causa de muerte.

Padre finado de 64 años, al parecer por complicación de Mellitus tipo 2.

9 hermanos, 1 falleció de pequeño (no especifica el por qué, 1 hermana con diabetes Mellitus tipo 2). Ella es la 8° y menciona que dos más no lograron nacer.

No existen antecedentes patológicos.

Vive en una casa rentada con su esposo y dos hijas en Tlalnepantla, la cual cuenta con todos los servicios básicos de urbanización.

Toxicomanías: interrogadas y negadas

#### *Historia escolar:*

Ingresa a los 4 años al preescolar en E.U., durante su infancia estudió en Tamaulipas, lugar de donde es residente. Tuvo buen desempeño académico hasta la universidad en la cual no logra titularse debido a que no realizó la tesis (no hay información de la razón por la cual no hizo la tesis).

Durante la entrevista menciona que en la universidad su padre fallece por lo cual todo se complica, pues el dinero ya no alcanza.

#### *Historia laboral:*

A partir del fallecimiento de su padre, ella comienza a trabajar a los 18 años, primero como demostradora y después como asistente de ingeniería ambiental el cual dejó aproximadamente en el año 2002.

En la actualidad se dedica al hogar, aunque en la entrevista hace referencia que a partir de que la internaron perdió su empleo pues trabajaba en el área administrativa

en una empresa de textiles y además menciona que le gusta diseñar ropa por lo cual tiene una oferta de diseñar ropa a una tienda.

*Historia psicosexual:*

Menciona que su primer novio lo tuvo hasta la universidad con el cual duro mucho tiempo (no hizo mención de cuánto tiempo exactamente) pues en la prepa pensaba que una pareja es para crecer juntos y hacer cosas para el beneficio de ambos y en ese entonces no tenía tiempo ni ganas.

Posterior a ese primer novio conoce a su actual esposo con el cual decide casarse. La relación con él se vuelve agresiva, hay una infidelidad por parte de él y una de sus hijas se entera, después ella y de ahí se empiezan a desencadenar los “problemas” (así lo refiere la paciente).

La paciente forma familia propia a los 33 años de edad, concibiendo dos hijas (12 y 15 años respectivamente). Su esposo tiene 50 años y es contratista.

*Otras notas durante la entrevista:*

Su conducta desde que ingreso ha cambiado, ya que al principio se negaba a asistir a las sesiones de psicología y ahora asiste regularmente y sus participaciones son interesantes puesto que motivan al demás grupo a reflexionar.

Menciona que antes de ingresar al Hospital se volvió muy apegada a la iglesia y asistió a un curso de tanatología para superar el fallecimiento de su madre pues era muy apegada a ella y el día de su fallecimiento no pudo despedirse, estaba en el hospital a punto de parir a su hija menor.

La paciente hace referencia que su primer internamiento fue después del fallecimiento de los gemelos (de lo cual nadie sabía nada más que sus hijas con las cuales existe mucha confianza, no hay información de cuánto tiempo tenía de gestación).

Ella refirió que la relación con su esposo es muy agresiva, él la maltrata físicamente (la ha corrido a ella y a sus hijas en algunas ocasiones) y en el expediente se menciona que los vecinos quieren poner a ella en contra de su esposo.

El 14 de febrero acude una de sus hermanas a urgencias solicitando una valoración para la paciente por posible abuso sexual sin abundar en detalles. Se sugiere enviar a ginecología (no hay registro medico de que es lo que sucedió).

Dolor de hombro derecho por posible confrontamiento físico con su pareja, quien la lastima en la última pelea que tuvieron.

*Diagnóstico:*

Esquizofrenia paranoide F20

- ***Caso clínico 3:***

*Datos personales:*

*Nombre:* D.L.P.F.    *Sexo:* F    *Edad:* 18 años    *Escolaridad:* estudiante    *Estado civil:* soltera

*Lugar y fecha de nacimiento:* 30 de diciembre de 1996, Estado de México

*Fecha de ingreso:* 24 de junio de 2015    *Ocupación:* desempleada

*Numero de internamientos:* 2    *Responsable:* madre

*Motivo de internamiento:*

Ideas suicidas y homicidas

*Padecimiento:*

Antecedentes desde la infancia de ser una persona aislada, poco social, incapaz de mantener relaciones personales permanentes por desconfianza hacia los demás, despreocupación por normas, reglas y obligaciones sociales. Incapacidad para presentar empatía, sin ideas de culpa o arrepentimiento, a pesar de medidas correctivas como el castigo.

Desde los 7 años de edad maltrata animales, conducta que mantiene hasta la actualidad "les torcía el cuello con la mano o los aplastaba" sic pac., piromanía, ánimo bajo, ideas de minusvalía, insomnio inicial, apetito y energía fluctuante, fallas en atención, fantasías de muerte desde entonces así como homicidas; antecedente de enuresis (micciones incontroladas) nocturna hasta los 12 años ocasional, presentando desde esa edad autoagresiones mediante cortes superficiales en antebrazos y abdomen como medida ansiolítica, niega sentimientos de culpa o remordimiento, refiere que la primera ocasión que intento lesionar a alguien fue hace dos años, ya que intento aventar a su tía por las escaleras.

Comenta que desde los 7 años escucha una voz a la que ella refiere llamar "kako", comenta que a esa edad comienza con ideas de auto-mutilación, refiere que cuando se siente ansiosa por la voz comienza a lastimarse, ya sea cortándose o rasguñándose o empieza a gritar y golpearse la cabeza, pero sin sentido alguno porque comenta que esa voz continúa, así mismo refiere que mata a los animales cuando está ansiosa.

Refiere patrón marcado por deshonestidad con mentiras frecuentadas, manipulación a terceros, robo a terceros conocidos y desconocidos, vandalismo rayando coches, irrumpe en propiedades ajenas (casas abandonadas).

Refiere alucinaciones visuales y auditivas simples, así como ideas delirantes de daño. Referencia y persecución "alguien de la familia que no me quiere me hizo brujería" sic pac.

Presenta violencia hacia sus familiares como inyectar a su prima con el fin de dañarla cuando la paciente tenía 8 años, desde entonces refiere presentar ideas de muerte y suicidas. A los 9 años de edad, en 5° de primaria, la reportan en la escuela como poco sociable, sin relaciones de amistad, poco participativa en las clases, por lo cual es atendida por psicología, por aproximadamente 5-6 meses, presentando mejoría parcial, por lo cual suspenden seguimiento, sin darse cuenta de otras conductas de riesgo, por lo cual es bien tolerada en la escuela y por la familia.

A los 15 años de edad afirma haber sido abusada sexualmente por la pareja de su madre sin embargo la madre refiere eso como poco probable. A los 16 años de edad inicia con insomnio de conciliación, ansiedad, tristeza, alucinaciones peyorativas, ideas delirantes de daño, referencia y místico religiosas, ideas de muerte, suicidas y homicidas, refiriendo placer o felicidad al ver sufrir a las personas, siendo atendida por psiquiatría con tratamiento farmacéutico (sertralina, topiramato, quetiapina, valproato de magnesio, escitalopram) con lo cual hubo una mejoría su estado de ánimo, suspendiendo tratamiento y seguimiento al mudarse con su abuela.

Durante los últimos meses comienza con disfunción escolar al tener problemas de conducta con los maestros, faltaba a clases, heteroagresividad verbal y física dirigida hacia su madre y su tía, amenazando con cuchillos. Refiere que el día 20 de junio de 2015 tras haber estado encerrada en su habitación durante día y medio, intento herir con una navaja a su madre y tía, ya que ellas entran en su habitación y la encuentran con cutters y navajas por lo cual discuten con ella, siendo contenida físicamente por las mismas “no lo pude hacer como quisiera, solamente les hice pequeños cortes” sic pac., ante lo cual acuden a valoración el día 20 de junio 2015 donde se presentó con mutismo selectivo, irritable y no cooperadora.

Por lo cual se retira sujeción con la que se presentó y se administran fármacos (haloperidol), decidiéndose referencia a INPRFM por falta de espacio físico, donde se inició tratamiento con fármacos (fluoxetina y risperidona). En consulta con seguimiento en dicha institución expresa ideas de muerte suicidas y homicidas por lo que es referida al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en donde se decide su ingreso a servicio especial.

#### *Historia familiar:*

Procede de familia disfuncional y desintegrada, madre se separa de su padre cuando la paciente tenía 5 años de edad.

No hay información con respecto al padre.

Madre de 46 años de edad, aparentemente sana.

Abuela con antecedentes de depresión.

Tía con cáncer de mama.

Niega otros antecedentes neuropsiquiátricos.

*Historia escolar:*

Inicia a los 4 años y medio en preescolar, continua con primario a los 6 años, secundaria a los 11 años de edad, dichos niveles con buen aprovechamiento, con promedio de 8-9, sin ser reportada o suspendida en dichas etapas aunque siempre se refiere como aislada, sin capacidad de tener relaciones con compañeros.

*Historia psicosexual:*

Refiere tener una amiga con la cual pasaba mucho tiempo con ella, sin embargo ella llegó a agredirla, por lo cual decidió alejarse de ella.

*Otras notas durante la entrevista:*

“Creo que siempre he tenido lo mismo, pero he cambiado poco a poco, desde que tengo memoria como a los 7 años siento que la gente no me quiere, como que no puedo confiar en nadie, en ese momento hasta sentía como algunas personas podían meterse en mi mente, a veces lo siento... es que yo soy especial, tengo una conexión con Dios, es directa, hace un año y medio me dio por rezar mucho...” sic pac.

“la voz me dijo que le hiciera daño a mis familiares, que los matara, yo por eso me encerré en mi cuarto, no quería salir para no obedecer a la voz pero ellos insistieron y entraron, no me quedó otra más que lastimarlos” sic pac.

“...me la paso en la azotea aventando naranjas a las personas y siempre he sido muy poco sociable...” sic pac.

“...he estado con una psicóloga en la secundaria durante 3 o 4 meses y si me ayudó...” sic pac.



“...en ocasiones tengo que golpearme la cabeza cada vez que me vienen las voces y no las soporto...” sic pac.

“Este año es la 2 vez que curso el último semestre por problemas con los profesores, podría hacer los extraordinarios pero no me gusta, prefiero empezar desde el principio a hacer las cosas bien, no ha sido porque no entregue tareas o trabajos, más bien se debe a que me peleo con los profesores a veces los insulto, me corren ese día y ya no regreso, me enoja demasiado, algunas veces escucho clase desde fuera porque me gusta aprender. Llega un punto donde quiero golpear las cosas o pegar a las personas, me enfurece que no entiendan, si están mal porque no lo aceptan, no entiendo porque les gusta mentirse, las cosas tienen que ser como son no como la gente quiere que sean...” sic pac.

“No me gusta que me digan lo que tengo que hacer todo el tiempo como mi mamá, que siempre me dice que tengo que ser tolerante o hacer mi cuarto, son cosas que ya se, para que me las está repitiendo; he comprado libros de autoayuda y de psicología para tratar de entenderme, controlarme pero no puedo cambiar, la ansiedad es lo único que de vez en cuando logro controlar. Me gustaría cambiar mi carácter, aprender a ser tolerante, cuando hablo mucho no me deprimó, llevo tres días platicando mucho y me siento bien, me gusta hacer reír a las personas, soy impulsiva, a veces graciosa, me gustaría no estar deprimida aunque es peor cuando me siento vacía, hueca como si me perdiera, me pasa a menudo así sin ninguna emoción” sic pac.

“Es que a veces me importa muchísimo, muchísimo lo que piensen los demás de mí y otras nada, también soy altruista me gusta ayudar a las personas pero en ocasiones no me importa, podría ver que alguien se está muriendo y seguir caminando, amo mucho, odio mucho; me parezco a mi tía Patricia a veces ama mucho y otras explota, dice groserías...” sic pac.

*Diagnóstico:*

Trastorno disocial de la personalidad F60.2.

Trastorno afectivo y psicótico en estudio, pb. TDM crónico con síntomas psicóticos

## *CAPÍTULO 9*

### *DISCUSIÓN*

Con base a lo anterior descrito en las tablas y retomando los datos más relevantes, en el presente capítulo se sustentaran los resultados obtenidos para contrastarlos con la teoría revisada.

Como lo mencionan Halguin y Krauss en 2009, los trastornos mentales llevan consigo un deterioro funcional en el ser humano, lo cual conlleva una alteración del estado cognitivo así como la regulación comportamental y emocional de las personas, lo cual pudo ser observado en los pacientes atendidos ya que durante las sesiones los problemas principales y más notorios fueron la incapacidad de poder comunicarse así como también las escasas habilidades para relacionarse personalmente con los demás, lo cual implica que la persona no pueda aprovechar su potencial cognitivo y emocional para tener una mejor calidad de vida.

De acuerdo a lo reportado por los pacientes, dentro de las causas de los trastornos se dieron por diversos factores como predisposición genética, ya que algún miembro de la familia en su mayoría alguno de los padres la poseía; factores ambientales como la violencia en sus hogares, violaciones y el consumo de sustancias nocivas para la salud, asimismo que la prevalencia de dichos trastornos es más notoria en la población en la cual las condiciones socioeconómicas son bajas, tal como son la pobreza, insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social (Secretaría de Salud, 2012).

Por lo anterior mencionado, la importancia de la rehabilitación en diversas áreas se da con la finalidad de que el ser humano se recupere así como para minimizar los efectos incapacitantes de los trastornos para lograr que el individuo pueda hacer mejor uso de sus capacidades y habilidades dentro de un contexto social (Martínez et. al. 2010). Es por ello que el papel del psicólogo dentro de estas instituciones y

sobre todo dentro de este tipo de trabajo cubre un aspecto de suma relevancia para el tratamiento de estos pacientes, y es que además de los problemas que los trastornos conllevan se le añade la entrada a un nuevo sistema social, lo cual es, la entrada a una estancia por tiempo indefinido en un hospital psiquiátrico, en donde las pautas de comportamiento habituales de los pacientes van a ser disminuidas así como las nuevas pautas que deben cumplir durante su estancia, es por ello que el psicólogo trabaja en la búsqueda de un restablecimiento de la calidad de vida y de la salud integral de los pacientes con trastornos crónicos debido a que actúa con una visión integral del ser humano.

Con respecto a lo anterior, el cambio no fue visible en la mayoría de los pacientes ya que existieron diversas situaciones ajenas al trabajo realizado con ellos las cuales no permitieron observar que los pacientes tuvieran un cambio significativo. Estas situaciones fueron que la estancia en el Hospital para realizar las actividades fue corto, los pacientes fueron dados de alta (las razones fueron diversas y entre ellas estaban el trabajo con el demás personal del hospital tales como psiquiatras, psicólogos, terapeutas, enfermeros, trabajadores sociales); los pacientes tuvieron recaídas y en determinados casos dichos pacientes eran trasladados al área de “observación”. Por todo ello es que a pesar de que uno de los principales objetivos de la rehabilitación psicológica es el restablecimiento de la calidad de vida de los pacientes, este no es del todo posible ya que cada uno de estos pacientes requería de un trabajo adecuado a su enfermedad, puesto que no es lo mismo el trabajo con un paciente esquizofrénico que con un paciente depresivo.

Por lo anterior, el diseño de las actividades estuvo enfocado en las cogniciones, actitudes y conductas de los pacientes, ya que estas son un determinante en la construcción del mantenimiento de la salud y control de la enfermedad, tal como lo mencionan Whitty, Lydon, Turner y O’Callagan (2006), en donde la rehabilitación psicosocial ofrece beneficios a los pacientes psiquiátricos ya que estas intervenciones van a permitir que los individuos mejoren su calidad de vida por medio de

habilidades físicas, emocionales y sociales que son necesarias para vivir en comunidad. Por lo anterior y de acuerdo a los resultados obtenidos en las actividades enfocadas a la estimulación cognitiva, en los pacientes fueron notorias las disfunciones cognitivas propias de la enfermedad y secundarias a los medicamentos, tales como la falta de orientación espacial, el no poder responder a ciertas preguntas, la carencia de lenguaje así mismo como la falta de atención para realizar de forma óptima las actividades.

Como parte fundamental de estas actividades, se encontró que las emociones jugaron un papel significativo, ya que a partir de ahí los pacientes pudieron recurrir a los recuerdos positivos más significativos para poder relacionarlos con algunas de las tareas que las actividades así lo requerían, con la finalidad de mantener la memoria a corto y largo plaza activas; al mismo tiempo que los objetivos a lograr durante la estancia en el hospital se fortalecieron, ya que como la literatura lo menciona, los procesos cognitivos básicos se ven afectados de forma inmediata al momento de aparecer la enfermedad.

A este respecto, en el entrenamiento en habilidades sociales se obtuvo que tal como se menciona en el Programa General de Trabajo de Rehabilitación (2002), estas actividades están enfocadas en complementar y reforzar los hábitos y habilidades de convivencia de los pacientes, se observó que en la gran parte de los pacientes atendidos las habilidades sociales eran escasas lo cual hacía que los pacientes no pudieran relacionarse de forma adecuada con sus demás compañeros, sin embargo, también se pudo observar que con actividades enfocadas a la autopercepción ellos pudieron establecer nuevos vínculos de apoyo y amistad, puesto que notaron que a pesar de ser individuos también tienen características en común, asimismo como actividades en el trabajo en equipo, las cuales les servirían como herramienta para la solución de problemas, no solo durante su estancia en el hospital sino también al momento de volver a sus hogares haciendo énfasis en la importancia que cada uno de ellos desempeña en sus familias.

Tal como lo mencionan Pastor, Blanco y Navarro (2010), estas actividades son factores protectores para atenuar los efectos negativos que conlleva la enfermedad aun cuando exista vulnerabilidad personal y disfuncionamiento social, con el objetivo de que existan menos recaídas y la aceptación personal y social sea mayor.

Por otro lado, en psicomotricidad, los resultados indicaron que además de los daños que la enfermedad provoca, los efectos negativos de los medicamentos cobran un papel importante en la motricidad de los pacientes, ya que los movimientos de cada uno de ellos se encuentran en dos extremos, o son muy lentos incluso con actitudes de apatía o con una gran cantidad de energía, lo cual provocó que cada sesión tuviera una variación significativa en la realización de las actividades. Igualmente que en las habilidades sociales, los pacientes con algún trastorno mental también dejan de tener confianza en su propio cuerpo, lo cual provoca que el cuerpo se encuentre en posiciones rígidas, mirada vacía o sin mantener contacto visual con el otro, así como falta de expresividad. Para tal efecto, estas actividades se basaron en la idea de que el movimiento del cuerpo es indisociable del comportamiento y por ello su desarrollo es paralelo al cognitivo (García, 2004). Aunado a esta situación, no hay que perder de vista el hecho de que el medicamento juega un papel importante en la psicomotricidad, ya que muchos de los efectos secundarios de los fármacos están relacionados con la falta de movimiento de los pacientes.

De igual manera, los resultados confirman lo mencionado por Lorente (2002), en cuanto que los pacientes con trastornos mentales dejan de preocuparse por el cuidado general de su cuerpo; ya que no tienen un círculo social con el cual interactuar tampoco la necesidad de recibir y dar afecto hacia los otros.

Mientras que en psicoeducación las actividades y temas de importancia estuvieron relacionados con la adherencia terapéutica ya que en la mayoría de ellos la falta de información con respecto a su enfermedad era significativa y por consiguiente, que el tratamiento no tuviera el seguimiento adecuado, lo que significaba que ellos no tomaban el medicamento en el horario indicado o por falta de recursos no asistieran

a las citas y revisiones médicas. Este modelo de intervención proporciona a los pacientes información específica acerca de la enfermedad así como las herramientas y técnicas para afrontar el problema (Albarrán y Macías 2007).

Partiendo de lo anterior, los resultados indican que la atención que los pacientes reciben por parte de sus familias en la mayoría de los casos es nula, puesto que de esos pacientes un porcentaje considerable sufre de abandono por parte de sus cuidadores; esto es notable por tres aspectos: el primero de ellos es que los pacientes no recibieron visitas por parte de sus familiares o si las recibieron fueron sólo de 1 a 5 veces durante los meses de internamiento; el segundo es que el tiempo de estancia de algunos pacientes fue de aproximadamente 3 meses y dichos pacientes tuvieron una estancia de 3 a 5 meses, y el tercero fue el tiempo entre una recaída y otra, esto ya que en ciertos casos los pacientes duraban en sus casas después de ser dados de alta un mes como máximo y regresaban al hospital por periodos intermitentes.

De igual manera los resultados muestran que a partir del primer brote de la enfermedad los pacientes se ven cada vez más deteriorados, lo cual se pudo observar en las actividades realizadas en cada sesión, ya que a pesar de que una parte de la población que fue atendida presentó notables mejorías, en la mayoría de ellos la sintomatología fue persistente y el trabajo no se pudo realizar de acuerdo a lo planeado, con lo cual se buscaron métodos más atractivos como por ejemplo motivarlos haciendo preguntas sobre cómo se sentían así como fomentando su participación dentro de la sesión, con los cuales los pacientes pudieron enfocarse y prestar atención a las actividades.

Continuando con la línea de investigación, la violencia va a depender de las condiciones en las cuales se encuentre la persona, estas pueden ser las desigualdades sociales (Doménech e Iñíguez 2002), o las personas con enfermedad física o mental, los cuales los pone en una desventaja física, económica y cultural. Ya que la violencia es un fenómeno que no se puede explicar a partir de un solo factor, la clasificación se da en un amplio repertorio. Dentro de estos se encuentran la violencia física,

psicológica y sexual (Pueyo, 2012), de acuerdo al autor del acto violento como son la violencia dirigida contra uno mismo, la violencia interpersonal y la violencia colectiva (Organización Mundial de la Salud 2002).

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que la violencia dirigida contra uno mismo es uno de los principales motivos de internación en el hospital ya que los intentos suicidas y las autolesiones aparecían en más de la mitad de los pacientes atendidos, tal como lo menciona Ulloa (2007) en su estudio realizado a pacientes esquizofrénicos en donde ellos mencionaron que son más agredidos por otras personas por lo cual se reconocieron como víctimas y en los momentos en donde ellos agreden es por la falta de atención a su enfermedad puesto que no pueden contener sus impulsos.

La violencia interpersonal se encontró sobre todo dentro de la familia y la relación de pareja, en efecto, las principales consecuencias fueron psicológicas provocando con ello el incremento de la sintomatología así como la falta de apoyo hacia la prevención y tratamiento de la enfermedad (Dueñas, 2013) en donde los abusos sexuales, el maltrato físico y verbal fueron parte de un aprendizaje socio-familiar, lo cual fue propenso en un clima social tolerante hacia la violencia (Alonso y Delgado, 2006).

Finalmente, la violencia social es notoria en la escasa habilidad para realizar vínculos sociales por parte de los pacientes ya que durante las sesiones y las entrevistas se pudo observar así como también escuchar de propia voz de los mismos, que ellos prefieren no involucrarse con otras personas por miedo a ser rechazados, que sufren de discriminación por parte de la sociedad; esto debido a la escasa información respecto a las enfermedades mentales, lo cual genera que la sociedad cree un estigma y etiqüete a las personas por su enfermedad más no por las habilidades y características positivas que posean.



Sin duda, la violencia que es cometida por un enfermo mental es más temida por no tener sentido y sin embargo es la más divulgada, haciendo con ello que tanto las familias como los individuos que padecen estas enfermedades sean más discriminados y rechazados socialmente (González, et al., 2008).

Por consiguiente, los enfermos mentales a pesar de las desventajas sociales y cognitivas que poseen, pueden tener una mejoría en su calidad de vida con un tratamiento oportuno, para ello es necesario que la población tenga más información al respecto de las enfermedades mentales y con ello la estigmatización y discriminación hacia estas personas sea reducida haciendo énfasis en las actitudes negativas que ello conlleva.

## *CAPÍTULO 10*

### *CONCLUSIONES*

El objetivo de estas actividades consistió en lograr la integración, comunicación y cohesión grupal de los pacientes hospitalizados, proponiéndose adicionalmente el abordaje grupal de un tema en específico que por su contenido y estructura apoyara el proceso rehabilitatorio del paciente, el tema a manejar en cada sesión varió de acuerdo a las necesidades detectadas en cada grupo (sección del hospital) en particular, los cuales eran conformados en un grupo con carencias y necesidades similares y por ello era importante estar alerta a los requerimientos de los mismos.

Se atendieron a 427 pacientes, con ambas secciones del hospital, mujeres y hombres. Por lo anterior, existió una variación importante en la asistencia de los pacientes, hubieron sesiones en las cuales asistieron 4 pacientes y otras en donde asistieron hasta 16 pacientes, estas diferencias fueron debido a la estancia de los pacientes dentro del hospital, si eran cambiados de piso por alguna circunstancia que se presentara, si tenían alguna recaída durante su estancia, si la sintomatología era muy persistente, si tenían permiso médico para participar o si los pacientes estaban o no de humor para participar.

Estas situaciones interfirieron en que las actividades no pudieran tener una continuidad y por ello en cada sesión se trabajó con temáticas diferentes, en muchas de estas sesiones asistieron los mismos pacientes, en los cuales se pudo notar una mejoría cognitiva porque prestaron mayor atención a las actividades y al mismo tiempo hicieron comentarios que sirvieron de retroalimentación tanto a los pasantes como a los demás pacientes. Sin embargo, durante las sesiones asistieron pacientes en donde fue muy notorio que a pesar de que se encontraron estables y contaban con el permiso médico, tuvieron episodios psicóticos, maniacos y en algunos casos con actitud apática lo cual hizo que el trabajo con esos grupos fuera más rígido para

poder captar la atención de los pacientes que estaban más estables y la sesión pudiera continuar como se había planeado.

En los pisos no existían diferencias significativas debido a que en todos había pacientes esquizofrénicos, bipolares, depresivos, con trastornos de la personalidad y con intentos suicidas; sin embargo, existe un piso en donde sólo son atendidos a pacientes de la tercera edad en donde la enfermedad con mayor prevalencia es el Alzheimer.

Por todo lo anterior, las enfermedades mentales cada día involucran nuevos retos, debido a que el ser humano tiene necesidades, las cuales van a ubicarse dentro de tres esferas: biológica, psicológica y social; estas deben ser cumplidas de acuerdo a los intereses y necesidades de cada individuo. Lo anterior significa que los profesionales de la salud deben tener una visión integral del ser humano en donde exista un trabajo multidisciplinario con la finalidad de que las personas con cualquier tipo de enfermedad al momento de rehabilitarse el principal objetivo sea el tener una mejor calidad de vida.

Si bien, en todas las enfermedades existen deterioros, en las enfermedades mentales estos deterioros van a ser causantes de disfunciones cognitivas, emocionales, sociales y motrices. Por ello el psicólogo desempeña un papel muy importante en el trabajo con los enfermos mentales, ya que estas personas sufren discriminación tanto por parte de sus familias como por la sociedad en general; aunado a la violencia que este tipo de pacientes sufren y la estigmatización hacia ellos que conlleva la falta de información debido a que las agresiones que en determinados momentos ellos muestran o hacen a los demás, las cuales suponen un peso y sufrimiento tanto para los propios enfermos como para los familiares de los mismos.

Las funciones que el psicólogo debe desempeñar están enfocadas tanto para los pacientes como para sus familias. Con los pacientes dentro de la rehabilitación, las funciones van encaminadas hacia la reinserción social y laboral dependiendo de la

cronicidad de la enfermedad, haciendo coaching con la finalidad de que el paciente entienda de la mejor forma posible lo que ocurre con él canalizando todos los sentimientos y emociones que conlleva el estar hospitalizado y posterior a ello cómo será el volver a casa; y por otro lado con la familia, puesto que son ellos quienes pasan la mayor parte del tiempo con el enfermo y además de apoyarlo también deben cuidarlo, por ello el psicólogo debe cumplir funciones como psicoeducar a la familia dando toda la información que se requiera para que ellos logren entender lo que ocurre con su paciente y así mismo poder ayudarlo.

Siguiendo con esta línea, por lo observado durante el trabajo en el Hospital es necesario pensar qué tanto la sociedad ha sido participe para que las personas puedan llegar a padecer estas enfermedades o en la cronicidad de las mismas, ya que las demandas y exigencias que en determinadas situaciones y en determinadas poblaciones se salen de control y quedan fuera de las manos de este tipo de personas, ya que como es sabido, las enfermedades mentales tienen una parte social y una parte genética. Por lo anterior, sería importante preguntarnos si la información con respecto a las enfermedades mentales es suficiente y de este modo hasta qué punto este alto índice de exigencias son realmente necesarias para que la persona pueda vivir en armonía consigo mismo y con los demás.

Es entonces que si los requerimientos de los pacientes son complejos, el psicólogo debe de estar capacitado y especializado en el área clínica enfocándose en la psicoterapia para con ello poder realizar de forma óptima su trabajo enfocándose en los recursos y potenciales sanos de los enfermos y de cualquier persona que recurra a ellos como profesionales, sin dejar de lado la forma de expresión de los mismos haciendo una escucha activa hacia la persona así como respetar los tiempos, las necesidades y sobre todo los sentimientos y emociones de cada uno sin dejar de lado que son parte de una sociedad en la cual la discriminación y la carencia de educación en ámbitos no solo sociales sino de salud y enfermedad son evidentes.

## REFERENCIAS

- Alonso V. M. & Delgado C.J. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención psicosocial* (14)3. Recuperado el 23 de enero de 2016 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300002)
- Álvarez C.S. (2015). *La enfermedad mental a lo largo de la historia*. Tesis de licenciatura. Universidad de Valladolid
- Amoros V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369
- Arbach K. & Pueyo A.A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo* 28(3) pp. 174-186. Recuperado el 26 de enero de 2016 de [http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1\\_6/publicac\\_pdf/1\\_5%20Arbach%20Lucioni,%20K%20y%20Andr%C3%A9s%20Pueyo,%20A%20\(2007\).pdf](http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1_6/publicac_pdf/1_5%20Arbach%20Lucioni,%20K%20y%20Andr%C3%A9s%20Pueyo,%20A%20(2007).pdf)
- Arenas R.L. (2012). *Violencia psicológica y mantenimiento en relaciones de pareja*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú
- Balbuena A. (1991). Demencias En Álvarez E. (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (44-481). Barcelona, España: Salvat Editores
- Batalla M.V. (s.f.). Sigmund Freud: el psicoanálisis, trabajo de historia de la psicología. *Jornades de Foment de la Investigació*
- Blázquez A.M., Moreno M.J. & García-Baamonde S.M. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud* 20(1), 65-75. Recuperado el 26 de enero de 2016 de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/macarena-blazquez-alonso.pdf>
- Boardman J., Grove B., Perkins R. & Shepherd G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry* 182(6), 467-468. Recuperado el 13 de septiembre de 2015, de <http://bjp.rcpsych.org/content/182/6/467>
- Boletín bimestral de psicología clínica y de enlace (2008). Recuperado el 11 de septiembre de 2015, de [http://cpcej.com/boletines/6\\_year\\_2.pdf](http://cpcej.com/boletines/6_year_2.pdf)
- Cabanyes T.J. (2003). Biotipos y Psicotipos. En Polaino, L.A, Cabayanes, T.J. y Del Pozo, A.A. (Ed.), *Fundamentos de psicología de la personalidad* (pp.106-121). España: Instituto de Ciencias para la Familia

- Calderón, N. G. (2002). *Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio*. México: Editorial Trillas.
- Cardozo Q.I. & Rondón B.J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, UNAM* 17(3). Recuperado el 26 de septiembre de 2015, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>
- Caro I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. España: Desclee de Brouwer
- Carrasco M.A. & González M.J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica* 4(2), 7-38. Recuperado el 25 de enero de 2016 de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/478/417>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003). Papeles del psicólogo. *Psicología clínica y psiquiatría*, 24(85), 1-10. Recuperado el 22 de septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- Domenech M. e Iñíguez L. (2002). La construcción social de la violencia. *Atehenea Digital* (2). Recuperado el 23 de enero de 2016 de [http://www.academia.edu/912457/La\\_construcci%C3%B3n\\_social\\_de\\_la\\_violencia](http://www.academia.edu/912457/La_construcci%C3%B3n_social_de_la_violencia)
- Dueñas B.J. (2013). Violencia intrafamiliar: un análisis desde la psicología humanista. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana* 10(3). Recuperado el 26 de enero de 2016 de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hphrev2-1-13.html>
- Echeburúa E. y Corral P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI
- Foucault M. (2000). *Historia de la locura en la época clásica I*. 2ª Ed. México: fondo de cultura económica
- Gabaldón O., Ruiz M., Bilbao Ma., Burguera J.Ma., Alústiza A., Erkizia B. & Sakara Ma. (2010). Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los programas cognitivos de la terapia psicológica integrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1). Recuperado el 17 de agosto de 2015, de [http://scielo.isciii.es/scie.lo.php?pid=S021157352010000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scie.lo.php?pid=S021157352010000100005&script=sci_arttext)

- García R. C. (2004). La terapia psicomotriz como técnica de rehabilitación aplicada al enfermo mental crónico. *Psiquiatría.com*. Recuperado el 11 de septiembre de 2015, de <http://www.psiquiatria.com/psicosis/la-terapia-psicomotriz-como-tecnica-de-rehabilitacion-palicada-a-el-enfermo-esquizofrenico/>
- García R.M. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- García, Rojas & Vargas (2001). Cap. 6 Terapia conductual y perspectiva cognoscitivo-conductuales. En *La Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas*. pp. 191-201
- Garduño A.R., Gómez H.K. & Peña R.A. (2011). *Suicidio en adolescentes*. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Recuperado el 25 de enero de 2016 de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
- Gisbert A.C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios
- Gómez G. X. (2015). *El trabajo del psicólogo en el Centro de Atención a víctimas de violencia intrafamiliar (CAVI) del Distrito Federal, para la atención de mujeres víctimas de violencia*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- Gómez R.M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia. Avances de la disciplina* 1(2), 159-179. Recuperado el 26 de septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996003.pdf>
- González S., D. Molina J., Huertas H., Blasco-Fontecilla F., Mora-Mínguez F. & Pascual-Pinazo F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría* 2(71) pp.109-127 Recuperado el 26 de enero de 2016 de [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjHqPTK59fKAhVKvYMKHYyfC8wQFggfMAA&url=http%3A%2F%2F dialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3146107.pdf&usg=AFQjCNHS3PRRB2UURqXn3mZ3y3thPgh5tw&sig2=sFXIWBSCTn\\_jsU-ZQu5I7A&bvm=bv.113034660,d.amc](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjHqPTK59fKAhVKvYMKHYyfC8wQFggfMAA&url=http%3A%2F%2F dialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3146107.pdf&usg=AFQjCNHS3PRRB2UURqXn3mZ3y3thPgh5tw&sig2=sFXIWBSCTn_jsU-ZQu5I7A&bvm=bv.113034660,d.amc)
- Halgin R. & Krauss S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw Hill
- IESM- OMS (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México. [En línea]: Recuperado

el 17 de septiembre de 2015, de [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)

Jarne E.A., Talarñ C.A., Armayones R.M., Horta F.E. & Requena, V.E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC

Jorquera A. & Guarch J. (2003). Intervención psicológica en un servicio de psiquiatría. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Ed.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp.241-270). España: Desclée De Brouwer

Lamata C.F. (2002). Transferencia y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII (81), 3-5. Recuperado el 17 de noviembre de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019663001>

Ledezma A. A. & Macías T. M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud*, XI (2), 118-124

López J.I., Valdespino L.M. & Lugones B.M. (2005). Retraso mental y calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 21(5-6).

López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A.M. & Aparicio A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Especial de Neuropsiquiatría* 28(1). Recuperado el 3 de febrero de 2016 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100004&script=sci_arttext)

López P.A. & Rodríguez E. (2009). Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva para trastornos bipolares. *Revista electrónica de Psicología, UNAM*, 12(4), 71-93. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num4/Vol12No4Art5.pdf>

Lorente R. E. (2002). Intervención psicomotriz en pacientes con demencia. *Psiquiatría. com*, 6(3). Recuperado el 11 de septiembre de 2015, de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/387/370/>

Martínez & Barreto (2003). La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla



- (Ed.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp.120-135). España: Desclée De Brouwer
- Martínez G. H., Vidal C., Carrillo E. A., & Rodríguez I. C. (2010). Rehabilitación en Psiquiatría. Consideraciones teóricas y una propuesta integral. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 7(10). Recuperado el 31 de agosto de 2015, de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph11110.html>
- Moreno M.F. (2009). Violencia colectiva, violencia política, violencia social. Aproximaciones conceptuales En Markez A.I., Fernández L.A., & Pérez S.P (Ed.), *Violencia y Salud Mental: salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva* (pp. 19-36). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios
- Morris G.C. & Maisto A.A. (2005). *Introducción a la Psicología*. (12va edición) Pearson Educación
- Organización Mundial de la Salud (1969). *Comité de expertos de la OMS en rehabilitación médica*. Recuperado el 27 de agosto de 2015, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38490/1/WHO\\_TRS\\_419\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38490/1/WHO_TRS_419_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado el 11 de enero de 2016 de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Invertir en salud*. [en línea]. Recuperado el 17 de septiembre de 2015, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42897/1/9243562576.pdf>
- Pastor A., Blanco A. & Navarro D. (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. España: Síntesis
- Phares A. (2001). Terapia conductual y perspectiva cognoscitivo-conductuales En García, Rojas y Vargas (Ed.) *La psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas* (pp.240-277). México: UNAM-FESZ
- Phares J. & Trull T. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*/ tr. Padilla G. (2ª edición). USA: Editorial Manual Moderno
- Rosique M.T., González V. C. & Sanz T. (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 34(123), 583-587. Recuperado el 11 de septiembre de 2015, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000300010&script=sci_arttext)

- Porter R. (2002). *Breve historia de la locura*. México: fondo cultura económica
- Sacristán C. (2009). La locura se topa con el manicomio, una historia por contar. *Cuicuilco* 16(45). Recuperado el 25 de noviembre de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008)
- Pueyo A.A. (2012). Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimetrías del estado del bienestar. *Anuario de Psicología* 42(2), 199-211. Recuperado el 25 de enero de 2016 de [www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/258933/346233+&cd=8&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx](http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/258933/346233+&cd=8&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx)
- Sacristán C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana. *Salud mental*, 33(6), 473-480. Recuperado el 17 de agosto de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252010000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252010000600001&script=sci_arttext)
- Salaverry O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental [versión electrónica]. *Historia de la salud pública*, 29(1), 143-48
- Salazar H., Salazar R., Salazar G., Ortega O.A., Gasman Z.N., Zaragoza L.M. y Moreno U.C. (2004). *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaria de Salud: México, D.F.
- Sánchez R.O. (s.f.). *Historia de la enfermedad mental y su atención socio-sanitaria*. Máster en Terapia Ocupacional en Salud Mental. Universidad de Castilla de La Mancha.
- Saraceno B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos* (2ª ed.). México: Editorial Pas
- Sarason I.G. & Sarason B.R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación
- Sarmiento H.E. (2015). *Esquizofrenia infantil, ¿mito o realidad?* México
- Secretaría de Salud (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. [En línea]. Recuperado el 17 de septiembre de 2015, de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8\\_Salud\\_Mental\\_Mex\\_ago12.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8_Salud_Mental_Mex_ago12.pdf)
- Secretaría de Salud, Coordinación de Salud Mental (2002). *Programa General de Trabajo. Servicio de Rehabilitación, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"*. México

- Secretaria de Salud, Subdirección de Servicios Ambulatorios (2014). *Programa de estimulación cognitiva al paciente de hospitalización continua en fin de semana. Servicio de Rehabilitación, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". México*
- Secretaria de Salud, Subdirección de Servicios Ambulatorios (2012). *Programa de psicomotricidad al paciente de hospitalización continua en fin de semana. Servicio de Rehabilitación, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". México*
- Servicios de Atención Psiquiátrica, Secretaria de Salud (2015). *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Recuperado el 17 de septiembre de 2015, de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/conoce-el-hospital/antecedentes.aspx>
- Serrano V.M. (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿Sincretismo? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 4(1)
- Stucchi-Portocarrero S. (2013). Estigma, discriminación concepto de enfermedad mental. *Revista de neuro-psiquiatría*, 76(4). Recuperado el 25 de noviembre de 2015, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1170/1202>
- Tamayo G.G. (sin año). *La idea de locura: una perspectiva histórica del "desarreglo"*. Recuperado de [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista11/Laideadelocura.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista11/Laideadelocura.pdf)
- Ulloa F.R., Sauer V.T. & Apiquian G.R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud mental*, 34(5). Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500006)
- Ulloa R. L. (2007). Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* 23(4). Recuperado el 26 de enero de 2016 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000400002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000400002&script=sci_arttext)
- Valdez S.R., Hidalgo S.E., Mojarro I.M., Rivera R.L. & Ramos L.L. (2013). Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salud pública en México* 55(2). Recuperado el 25 de enero de 2016 de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a24.pdf>

- Vallejo J. (1991). Trastornos depresivos. En Álvarez E. (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (44-481). Barcelona, España: Salvat Editores
- Vallejo P.M. (2001). Situación actual de la terapia de conducta. En García, Rojas y Vargas (Ed.) *La psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas* (pp.181-201). México: UNAM-FESZ
- Vásquez R.A. (2011). Antipsiquiatría, destrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica". *Revista critica de ciencias sociales y jurídicas* 31(3). Recuperado el 1 de diciembre de 2015, de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>
- Vieta E., Colom F. & Martínez A.A. (2003). *Las enfermedades de las emociones: el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Medica. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de <http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/La-enfermedad-de-las-emociones.pdf>
- Watts F.N. & Bennett D.H. (1990). *Rehabilitación psiquiátrica*. México: Editorial Limusa
- Whitty P., Lyndon C., Turner N. & O'Callaghan E. (2006). The Influence of psychosocial rehabilitation on patients with a first episode of psychosis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10(2), 17-27. Recuperado el 18 de enero de 2016, de [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_10/Influence\\_of\\_PSR\\_Whitty.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_10/Influence_of_PSR_Whitty.html)
- Young, K.W. (2006). Social support and life satisfaction. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10(2), 155-164. Recuperado el 14 de enero de 2015, de [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_10/Social\\_Support\\_and\\_QOL7\\_Young.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_10/Social_Support_and_QOL7_Young.html)

# *ANEXOS*

## *ANEXO 1*

### *ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA*

Las siguientes preguntas son parte de un trabajo que se está realizando en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene como propósito conocer su historia de vida, sus respuestas son confidenciales.

Datos personales:

Nombre:            Sexo:    Edad:    Escolaridad:    Estado civil:

Lugar y fecha de nacimiento:            Fecha de ingreso:            Ocupación:

Numero de internamientos:    Responsable:

¿Cuál fue el motivo por el cual la internaron?

¿Ha sido internada con anterioridad? ¿Cuáles fueron los motivos?

¿Qué diagnóstico le dio el médico?

¿Cómo se siente en el hospital?

¿Cómo es su relación con los demás pacientes?

¿Qué es lo que le gusta hacer?

¿Tiene hermanos? ¿Cómo es su relación con ellos?

¿Cómo es la relación con sus papás?

¿Tiene pareja? ¿Cómo es su relación con él?

¿Tiene hijos? ¿Cómo es la relación con ellos?

¿Ha consumido alguna droga?

Relacionado con su infancia, ¿qué recuerda de ella? ¿Cómo era en la escuela?

En estos momentos, ¿a qué se dedica? ¿Ha trabajado con anterioridad?

¿Hay algo más que le gustaría comentar?

## *ANEXO 2*

### **REGISTRO DE VIOLENCIA HACIA LOS PACIENTES**

#### *Preguntas a los pacientes:*

Cuando llegó al hospital, ¿cómo lo recibieron? ¿Considera que fue un buen trato de los médicos, ayudantes, enfermeras(os)?

¿Considera que algún médico lo trató mal? ¿Algún enfermero(a)?, ¿algún ayudante? ¿le han dado sus medicamentos en el tiempo y horario indicados?

¿Alguno de sus familiares lo ha tratado mal? ¿Lo ha golpeado? ¿No le ha dado sus medicamentos?

#### *Observaciones realizadas por la psicóloga:*

¿El trato de los médicos hacia los pacientes es adecuado?

¿El trato de los enfermeros(as) hacia los pacientes es adecuado?

¿El trato del personal de limpieza hacia los pacientes es adecuado?

¿El alimento es adecuado?

¿El trato de los familiares hacia el interno cómo es?