



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON  
DEPRESIÓN EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA*

R E P O R T E   L A B O R A L  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
JUAN JOSÉ ROJAS FLORES

DIRECTORA DEL REPORTE LABORAL:  
MTRA. ARACELI LÁMBARRI RODRÍGUEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Noviembre, 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

Introducción.....	1
<b>1 Contexto Laboral</b>	
Clínica San Rafael.....	4
Historia San Juan de Dios y su orden hospitalaria.....	4
Misión, Visión y Valores Clínica San Rafael.....	8
Áreas de servicio Clínica San Rafael.....	9
Rehabilitación Psicosocial.....	10
Misión y metas de la Rehabilitación Psicosocial.....	10
Programa de Rehabilitación Psicosocial.....	11
Marco Jurídico.....	14
<b>2 Marco teórico</b>	
<b>2.1 La rehabilitación Psicosocial.....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Historia de la Rehabilitación Psicosocial.....	17
2.1.2 Justificación.....	18
2.1.3 Objetivo de la Rehabilitación Psicosocial.....	19
2.1.4 Campo de aplicación.....	19
2.1.5 Rehabilitación Psicosocial y Depresión.....	20
<b>2.2 La Depresión.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Antecedentes <i>Historia de la Depresión</i> .....	24
2.2.2 Clasificación DSM IV.....	26
2.2.3 Clasificación CIE 10.....	43

2.2.4	Diagnóstico de Depresión.....	49
2.2.5	Tratamiento de Depresión.....	52
2.2.5.1	Tratamiento farmacológico.....	52
2.2.5.2	Diferentes Psicoterapias.....	56
3	Descripción de la experiencia	
3.1	Metodología.....	65
3.2	Supervisión.....	67
3.3	Estrategias terapéuticas.....	68
3.4	Actividades realizadas.....	71
3.4.1	Duración de las actividades.....	98
3.4.2	Criterios de inclusión.....	98
3.4.3	Criterios de exclusión.....	98
3.4.4	Criterios de baja del programa.....	99
4	Análisis y evaluación.....	100
5	Conclusiones.....	104
	Referencias.....	108
	Anexos.....	113

## Agradecimientos

El primer agradecimiento es para la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme abierto sus puertas para realizar mis estudios y ser una segunda casa en mi vida.

Un profundo agradecimiento a la Facultad de Psicología por darme la enseñanza requerida para obtener el presente grado, eje fundamental de mi vida personal y profesional. En particular a todo el personal académico y administrativo del SUA en particular a Lulú y Francis.

A la Maestra Araceli Lámbarri Rodríguez directora de este trabajo por su compromiso con la Universidad y con sus alumnos, gracias a lo cual pudimos salvar los obstáculos en el camino final de esta travesía profesional.

A todos los profesores que compartieron sus conocimientos para que lograra alcanzar mis objetivos académicos.

A todos los sinodales de este trabajo por sus valiosos comentarios y observaciones, gracias a los cuales pude mejorar los planteamientos de mi reporte laboral y así reflexionar acerca de los aspectos importantes concernientes al tema de este trabajo.

- Maestra Araceli Lámbarri Rodríguez
- Maestra María Teresa Gutiérrez Alanís
- Maestra María Luisa Herrán Iglesias
- Maestra Patricia Soledad Sánchez Razo
- Maestra Francisca Cruz Serrano

Mi agradecimiento a la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM, a todo el personal y muy en particular al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez, coordinador del programa de titulación, por su paciencia y profesionalismo en todo momento, alentándome a seguir adelante cada vez que sentía que no podía más.

Expreso mi más profundo agradecimiento a la "Clínica San Rafael" en la que trabajé como Terapeuta Ocupacional a lo largo de tres años, en particular al equipo de Rehabilitación Psicosocial y de Pastoral de la salud, gracias Moni, Alexandro, Mara, Atenas, Mariana, Laura, consuelo, Ramiro, Paty, Vero, Ana, Gaby, Roxana, Sandy, Greta, Eli, Diana, Isabel,

Monse y Perla, en especial al Psicoterapeuta Francisco Javier Ciprés Díaz por su gran calidad humana, su profesionalismo y por abrirme las puertas de esta magnífica experiencia, lo que llevo a apasionarme dando un nuevo sentido a mi vida. Por la confianza que siempre deposito en mi además de la libertad que me proporciono para llevar a cabo los cambios necesarios en el programa de actividades y en el trabajo diario.

Agradezco a la Orden de San Juan de Dios y a todos los hermanos Juaninos, en particular al Hno. Domingo por su apoyo incondicional, por compartir sus conocimientos y su amistad.

Un profundo agradecimiento a la Dirección General de Servicios Médicos, a su director el Dr. Héctor Fernández Varela, al subdirector el Dr. Lindorfo de Jesús Cárdenas García por su apoyo y comprensión, muy en particular a mis compañeros de trabajo de Atención Pre hospitalaria Dr. Ruben, Fernando, Andrés R., Rafael, Carlos, Damián, Alejandro M., Miguel, Andrés M., Itzel.

## Dedicatorias

A mis hijos Ana Carmen, Juan José y Giovanni que son mi tesoro más preciado y mi motor para enfrentar las tempestades y las batallas de la vida con ahínco y valor. A ti Juanito por la entrega a tú gran pasión que es la música sin dejar a un lado tus deberes, siempre fuerte y comprometido, pero tierno y sensible cuando se requiere. Anita inteligente, siempre como una estrella en el firmamento brillante y fugaz, con tus grandes ideas y sueños, eres romántica, tierna, dulce, pero de carácter fuerte y linda sonrisa. Giovanni el más pequeño, inocente, inquieto, fuerte, amoroso, inteligente que apenas estas descubriendo el mundo.

A ti Alejandra mi más profundo cariño y respeto por el apoyo que me brindaste en el momento que lo necesite, por hacerme crecer como persona, como padre y darme la libertad de decidir sobre mi vida.

A ti Cynthia que me hiciste descubrir el amor de una forma diferente, dándome la oportunidad de volver a experimentar la sensación de ser padre y compartir a mi lado grandes momentos, me has hecho descubrir muchas cosas con las que he crecido y he aclarado mis sentimientos. Por ese apoyo y cariño recibidos de ti gracias, TE AMO.

A mis padres Cristina y Juan por ser un ejemplo de fortaleza dignidad y amor de vida. A ti Rafael por ser un padre siempre, por tu apoyo incondicional, siendo un guía y maestro en todo momento. Sé que todos ustedes han tomado lo mejor de mí y me han hecho aprender de mis errores. Este trabajo es un homenaje a su entrega y su valor infinito como padres y seres humanos. Sin el apoyo de ustedes no hubiera llegado a terminar este proyecto.

A mis hermanos Hilda, Miguel, Cristina, Manolo, Chucho, Martín, Lupita y Tere, porque a pesar de todas las diferencias que nos han podido separar y a los helados vientos que por momentos parecieron congelar nuestros corazones, los he amado, los amo y amare eternamente pase lo que pase, aunque vivan en sitios lejanos.

A mis Tíos, Primos, Sobrinos, Cuñados, Suegros y demás familia, por sus consejos, sugerencias y acompañamiento.

A todas las personas que han dejado huella en mi vida, y que en su momento me han hecho levantar cuando he caído. Cuando me han hecho ver que no voy en el camino correcto y me han ayudado a regresar.

A cada uno de los pacientes que me toco atender y que sin ellos no hubiera podido adquirir y enriquecer mis conocimientos y que como estrellas fugaces nos encontramos en un punto, pero continuamos nuestro camino hacia nuestro destino. Porque me han ayudado a esclarecer mi vida personal y profesional, acompañándonos en una pequeña parte de ella.

## **Introducción**

El presente reporte laboral tiene como propósito enfatizar la importancia del quehacer del psicólogo en la rehabilitación psicosocial en pacientes hospitalizados en clínicas u hospitales especializados en psiquiatría, destacando el trabajo que se puede realizar con pacientes que padecen un trastorno depresivo mayor.

Se describe el trabajo realizado por el equipo de Rehabilitación Psicosocial de manera cotidiana en la Clínica San Rafael, bajo la dirección del Psicoterapeuta Francisco Javier Ciprés Díaz, quien supervisa al personal, dirige las reuniones del equipo y facilita el tratamiento psicoterapéutico con los pacientes. El trabajo realizado por el equipo es valorar al paciente, coordinar las actividades, evaluar el desempeño de los participantes, además de dar seguimiento a los asistentes y realizar los reportes correspondientes. Las funciones que se realizan son de mucha responsabilidad porque se trabaja con personas que tienen una enfermedad mental, y en cada paciente la sintomatología es diferente con respecto a los demás aún presentando la misma patología, lo que requiere de un trabajo intenso e innovador en su tratamiento y rehabilitación.

Dado que la Clínica San Rafael y la Orden de San Juan de Dios a la que pertenece son instituciones con prestigio, la primera en el ramo de la psiquiatría y la segunda como congregación religiosa mundial abocada en la atención de pacientes pobres, dedicándose principalmente a la pediatría, geriatría, psiquiatría, sin dejar a un lado las demás especialidades. Por lo anterior, vale la pena resaltar el trabajo que han realizado en México, y su importancia en la atención del enfermo mental, además de hacer un recorrido a través de su historia y la de su fundador San Juan de Dios, nombrado el santo de los enfermos.

El antecedente para la realización de este reporte laboral fue que estuve realizando prácticas profesionales en el área de rehabilitación psicosocial de la Clínica San Rafael, trabajo con el que mis superiores y responsables del programa quedaron satisfechos, de tal suerte que cuando hubo espacio para ingresar como colaborador fuera propuesto para cubrir la plaza, lo cual me llenó de orgullo y

satisfacción, consiguiendo finalmente quedarme con el puesto. Al ingresar no fue difícil adaptarme puesto que ya estaba familiarizado con el lugar, pero si se me exigió más y adquirí otras responsabilidades.

Esta experiencia de trabajo me ha permitido vivenciar las diferentes etapas de la enfermedad mental en pacientes hospitalizados para su estabilización y tratamiento. Uno de los primeros retos a los que me enfrenté fue analizar la depresión, enfermedad que va en aumento no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, y que de ser tratada a tiempo con el apoyo de un equipo interdisciplinario, es posible que el paciente que la padece se recupere de forma adecuada, reintegrándose nuevamente a las actividades de su vida laboral, escolar o familiar. El psicólogo como parte de este equipo es responsable no sólo de mantener ocupado al paciente, sino de proporcionarle las herramientas necesarias para su recuperación en los aspectos físico, social y cognitivo. La rehabilitación psicosocial es una pieza importante en el tratamiento integral del paciente, y dado que se conoce poco al respecto en este trabajo se pretende abundar en el tema.

A continuación se desglosa el contenido del presente reporte laboral:

En el marco teórico se aclara el concepto de rehabilitación psicosocial, el objetivo, los procedimientos utilizados, el campo de aplicación, su historia, la justificación en nuestro país desde la Secretaría de Salud a través de su Norma Oficial Mexicana y otras leyes que hablan de este campo, además del trabajo que se relaciona con la depresión.

En cuanto la depresión se realiza un breve recorrido por su historia, se hace un rescate de la información del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) y del manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10), destacando los signos y síntomas de la enfermedad así como criterios y clasificación en cada una de las referencias citadas, curso, prevalencia y tratamiento farmacológico, terapéutico y rehabilitación psicosocial de esta enfermedad.

Se describen cada una de las actividades de rehabilitación psicosocial de la clínica San Rafael, destacando aquellas donde se trabaja con los pacientes con depresión, señalando el objetivo, la actividad realizada, beneficios y mi participación como terapeuta responsable en las diferentes actividades, incluyendo el análisis de los resultados obtenidos en los pacientes con depresión, y algunas conclusiones que destacan la importancia de contar con un área donde los pacientes hospitalizados tengan un espacio para poder prepararse y adquirir las herramientas para enfrentar conflictos en su vida cotidiana.

## 1. CONTEXTO LABORAL

### **Clínica San Rafael**

La clínica San Rafael es un centro hospitalario lleno de historia y tradición que pertenece a una orden religiosa que se encuentra en muchas regiones del mundo cuyo trabajo está dirigido, a personas con recursos limitados y requieren ayuda de todo tipo, ancianos, niños y personas que padecen alguna enfermedad mental. La espiritualidad de la Orden está basada en la vida y obra del fundador, sus escritos y constituciones, principios ideológicos, principios de identidad y sobre todo, el mensaje del Evangelio de la Misericordia (Alberro, 2005).

### **Historia de San Juan de Dios y su orden hospitalaria**

**San Juan de Dios** nació en Montemor-o-Novo Portugal el 8 de marzo de 1495 (Rumbaut, 1978), es el fundador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Su nombre de pila era **João Cidade Duarte** (Juan Ciudad Duarte) en español. Cuando aún no contaba con diez años se establece en Oropesa, Toledo España, en la casa de Francisco Cid Mayoral, a quien le servía como pastor. A la edad de 27 años, en 1523 se enlistó en las tropas de un capitán de infantería llamado Juan Ferruz, al servicio del Emperador Carlos I, en la defensa de Fuenterrabía contra las tropas francesas. Siendo para él una dura experiencia, ya que fue expulsado por negligencia en el cuidado de las ganancias de su compañía, se salvó en el último momento de ser ahorcado. A pesar de ello, volvió a combatir en las tropas del conde de Oropesa en 1532.

Al desembarcar en España por la costa gallega, siente la necesidad de ir a Portugal y reencontrarse con sus orígenes (De Bernardo y Gutiérrez, 1990). Pero este deseo se ve seriamente frustrado porque sus padres murieron y tan sólo queda su tío. De allí pasa a Andalucía y estando de paso en Gibraltar decide embarcarse para África. En el mismo barco encuentra al caballero Almeida, su mujer y sus cuatro hijas que habían sido desterrados por el rey de Portugal enviándolos a Ceuta. El padre lo contrata como sirviente, pero pronto cayeron

todos enfermos, gastan toda su fortuna y se ven en la necesidad de pedir socorro a Juan de Dios. Éste mostrando ya la enorme caridad que le convertiría en santo, se pone a trabajar en la reconstrucción de las murallas de la ciudad, sosteniendo con su salario a todos. Más tarde, pasa a Gibraltar, donde se hace vendedor ambulante de libros y estampas. De ahí se traslada definitivamente a Granada, en 1538, y abre una pequeña librería en la Puerta Elvira. En esta librería comienza su contacto con los libros de tipo religioso.

El 20 de enero de 1539 se produce un hecho trascendental. Mientras escuchaba el sermón predicado por San Juan de Ávila en la Ermita de los Mártires, tiene lugar su conversión. Las palabras de Juan de Ávila producen en él una conmoción tal, que le lleva a destruir los libros que vendía, vaga desnudo por la ciudad, los niños lo apedrean y todos se burlan de él. Su comportamiento es el de un loco y, como tal, es encerrado en el Hospital Real. Allí trata con los enfermos y mendigos, y va ordenando sus ideas y su espíritu mediante la reflexión profunda. Juan de Ávila dirige el espíritu impaciente de Juan de Dios y lo manda a peregrinar al santuario de la Virgen de Guadalupe en Extremadura. Allí madura su propósito y a los pies de la Virgen promete entregarse a los pobres, enfermos y a todos los desfavorecidos del mundo.

Juan vuelve a Granada en otoño de ese mismo año, lleno de entusiasmo y humanidad. En un principio Juan utiliza las casas de sus bienhechores para acoger a los enfermos y desfavorecidos de la ciudad pero pronto tuvo que alquilar una casa, en la calle Lucena, donde monta su primer hospital. Rápidamente crece su fama por Granada, y el obispo le pone el nombre de *Juan de Dios*. En los siguientes diez años su obra se incrementa y abre otro hospital en la Cuesta de Gomérez. Es así un innovador de la asistencia hospitalaria de su época. Sus obras se multiplican y aumenta el número de sus discípulos -entre los cuales destaca Antón Martín, creador del Hospital de la Orden en Madrid llamado de Nuestra Señora del Amor de Dios- y se sientan las bases de su obra a través del tiempo. El 8 de marzo de 1550, a los 55 años, muere Juan de Dios en Granada, víctima de una pulmonía a consecuencia de haberse tirado al Genil para salvar a

un joven que, aprovechando la crecida del río, había ido para hacer leña pero se cayó en medio de la corriente y estaba a punto de ahogarse. Este fue un lógico final para una vida totalmente entregada a los demás. Fue beatificado por el papa Urbano VIII el 1 de septiembre de 1630 y canonizado por el papa Alejandro VIII, el 16 de octubre de 1690. Fue nombrado santo patrón de los hospitales y de los enfermos. La orden que fundó es una orden religiosa de la iglesia católica. A su muerte su obra se extendió por toda España, Portugal e Italia y hoy día está presente en muchos países de los cinco continentes incluido México. Durante su vida fue sensible, humano-cristiano y social. Salía al encuentro de los necesitados y los acoge sin poner condiciones para su asistencia ya que consideraba que todo necesitado tiene derecho a ser atendido. Desarrolla métodos de atención pioneros en su época dentro de los que se encuentra la atención integral de la persona necesitada, respetando su dignidad y defendiendo sus derechos. Su lema fue "*hermanos, haceos bien a vosotros mismos*" (OHSD, 1998). Logró reunir a un grupo de personas que dan continuidad a su obra, la orden de los Hermanos de San Juan de Dios.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se ha convertido desde entonces, en una de las mayores organizaciones internacionales de cooperación sin ánimo de lucro, continúa su labor, como instituto religioso de vida consagrada basándose en los principios del carisma (Alberro et al. 2005). Habiendo recibido como principios el carisma de la hospitalidad; siguiendo el ejemplo de su fundador se dedica a la misión de ayudar a los enfermos y necesitados. Al dedicarse a los que sufren, su planteamiento abarca lo sanitario y lo social. En la Iglesia se define como Orden mendicante, intentado actuar con una actitud de beneficencia frente a los necesitados.

La orden está presente en los países más necesitados donde sus sedes están basadas en el principio de subsidiaridad y movidos por el espíritu misionero supliendo las carencias existentes en los ámbitos de la salud y social, centros al servicio de los enfermos en general y de los enfermos mentales (Plaza, 1974). Actualmente promueven la creación de unidades de cuidados paliativos, para

enfermos de Sida, de enfermos de Alzheimer, etc. También tienen centros para discapacitados intelectuales, discapacitados físicos, para ancianos, para los sin techo, programas para los dependientes de drogas, etc.

Además de los Hermanos, la orden está integrada en la misión aproximadamente por 45.000 colaboradores profesionales con una vinculación laboral, además de un promedio de 8.000 voluntarios y un ejército de bienhechores que confían en el proyecto y apoyan con sus recursos (OHSJD, 2000). Con el personal trabajador y con los voluntarios se comparten los criterios desde los que quiere realizar la misión, sus valores y proyecto institucional, en el respeto de la identidad de cada uno. Al estar en sociedades tan distintas se trata, desde la identidad de centros católicos que se promueva además de la curación, la rehabilitación, el acompañamiento de la enfermedad, el estado de marginación, y la evangelización transmitiendo la palabra, pero sobre todo, con el ejemplo de vida de Jesucristo.

Existen cuatro comisiones interprovinciales las cuales son: España, América, Provincias de Centro y Este de Europa, Asia y Zona del Pacífico. México pertenece a la comisión interprovincial de América y a la provincia de México y América Central, integrada por Cuba, Honduras y México.

En nuestro país fueron expulsadas las órdenes religiosas en 1821 (Alberro et al. 2005), múltiples evidencias sugieren que permanecieron varios Hermanos juaninos en los hospitales. No obstante, fue hasta enero de 1901 que regresaron los juaninos a México en el marco de la restauración de la Orden Hospitalaria que fue encabezada por el Padre Fray Benito Menni (1841-1914). Este religioso ahora también Santo a partir de 1999, restauró la Orden en España, México y en otros países. También fundó numerosas casas, y por otro lado, volvió a dar vida a algunas que habían pertenecido a los juaninos, dándose a la tarea de crear la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, que es la parte femenina de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La reapertura de la Orden de San Juan de Dios a inicios del siglo XX en México (Alberro et al. 2005), también fue afectada por la revolución mexicana como sucedió en el Hospital de San Martín de Guadalajara, donde se les impidió asistir

a los enfermos, abandonándolo en 1930. No obstante, en 1905 se fundó el Sanatorio de San Juan de Dios en Zapopan, Jalisco y en 1910 fue abierta la Clínica de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. En 1948 se fundó el Hogar Clínica San Rafael en la Habana, Cuba y en 1954 la Clínica Psiquiátrica de San Rafael, en Tlalpan en México Distrito Federal.

### **La ubicación y número de camas**

La Clínica San Rafael (CSR, 2002), pertenece a la orden anteriormente citada, está ubicada en la zona sur del Distrito Federal, en la Avenida Insurgentes Sur #4177. Fue inaugurada el 7 de noviembre de 1954. Desde su inicio ha sido un centro abierto permanente a los adelantos de la psiquiatría (Mendoza, 2010).

Tuvo una dotación de 200 camas en una superficie de 32,000 m<sup>2</sup>. Las especialidades actuales están sectorizadas en hombres y mujeres de la siguiente manera: psiquiatría, adicciones, depresión y otras, con puertas abiertas y con puertas cerradas dependiendo de las patologías, ha ocupado un lugar sobresaliente en cuanto a diagnóstico, tratamiento e internado de pacientes con trastornos psiquiátricos.

La dotación en este momento es de 160 camas con 22.000 expedientes de pacientes ingresados y 18.000 expedientes de consultas externas. Recientemente se celebraron los 50 años de presencia de esta institución en nuestra ciudad. Actualmente está certificada por el Consejo de Salubridad General.

### **Misión, Visión y Valores**

#### **Misión**

Ofrecer a los usuarios una atención integral que englobe lo bio, psico, social y espiritual, aunado a la calidad en el servicio.

#### **Visión**

Aspira a ser de los mejores centros hospitalarios psiquiátricos y de protección a los más necesitados, buscando siempre los mejores recursos humanos y materiales para optimizar los servicios de los usuarios.

## Valores

El compromiso es contribuir al progreso de México, con una visión de servicio en un marco de respeto mutuo, honestidad, confianza y ética. Buscando el logro de los cometidos antes mencionados, se cultiva y se promueve lo siguiente:

- Hospitalidad
- Vocación de servicio
- Honestidad
- Responsabilidad y respeto
- Disciplina
- Lealtad
- Creatividad
- Perseverancia
- Calidad
- Trato digno
- Trabajo en equipo
- Compromiso
- Crecimiento

## Áreas de servicio

Las especialidades actuales están divididas en unidades operativas como pabellones generales de hombres y mujeres, adicciones, geriatría, depresión-ansiedad y consulta externa. La atención en las diferentes áreas se da de la siguiente manera:

- Atención médico psiquiátrica a: pacientes agudos, crónicos y ambulatorios
- Rehabilitación psicosocial a pacientes hospitalizados.
- Orientación psicológica: individual, grupal, familiar y de pareja.
- Evaluación psicológica.
- Terapia electro convulsiva (TEC).
- Electro encefalografía y mapeo.
- Estudios de laboratorio.

### **Rehabilitación Psicosocial**

Siguiendo con el proceso del tratamiento integral de los pacientes hospitalizados en la Clínica San Rafael se decide crear el departamento de Rehabilitación Psicosocial, dirigido a prevenir, reducir y compensar los efectos propios de la enfermedad mental y reforzar las capacidades, aptitudes y relaciones interpersonales, mediante la aplicación de diferentes actividades de carácter biológico, psicológico, social y vocacional (CSR et al. 2010).

### **Organigrama del departamento de Rehabilitación Psicosocial**

El departamento de rehabilitación psicosocial lo integra el siguiente personal:

- Un psicoterapeuta jefe del área de rehabilitación psicosocial.
- Un licenciado en psicología como terapeuta ocupacional adscrito en el turno matutino.
- Una licenciada en psicología como terapeuta ocupacional adscrita al turno vespertino.
- Una licenciada en psicología haciendo trabajo voluntario.
- Un grupo de prestadores de servicio social que estudian psicología procedentes de varias universidades del Distrito Federal.
  - Dos prestadoras de servicio social.
  - Dos alumnos en prácticas profesionales.

### **Misión y metas de la rehabilitación psicosocial**

#### **Misión**

Reincorporar al individuo a la comunidad, posiblemente a su actividad anterior o a otra en que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible dentro de la sociedad, tomando en cuenta su personalidad e intereses.

#### **Metas**

- Influir positivamente en la evolución del padecimiento.
- Incrementar el nivel del funcionamiento psicosocial.

- Mejorar el desempeño cotidiano.
- Desarrollar habilidades para la socialización.
- Promover la capacidad de búsqueda de empleo.
- Mejorar el funcionamiento del paciente en la familia.
- Mejorar el nivel de satisfacción del paciente y su familiar con el servicio proporcionado.

### **Programa de Rehabilitación Psicosocial**

El programa de rehabilitación psicosocial (CSR, 2010a) lo podemos dividir en las actividades que se señalan a continuación:

#### ***Control de síntomas***

Una vez que el paciente ingresa, se inicia el proceso de rehabilitación. Se abre un espacio para la comunicación individualizada, con gestos de aceptación y hospitalidad. Se le informa sobre las actividades, espacios y horarios de las actividades, se le invita a que considere su papel de paciente como "transitorio" y no de internamiento prolongado, haciendo énfasis en la importancia del apego a su tratamiento, además de su pronta incorporación al programa de rehabilitación.

#### ***Autocuidado***

En las sesiones de educación para la salud se realizan campañas que fomentan el cuidado de la salud, higiene y aliño del paciente hospitalizado, dirigido fundamentalmente a la población de pacientes crónicos.

Antes de cada sesión de terapia ocupacional, se ofrece una pequeña plática que versa sobre cuidados básicos.

#### ***Actividades ocupacionales***

Se van desarrollando actividades ocupacionales propuestas y actualizadas por el equipo de trabajo de rehabilitación psicosocial de la clínica San Rafael cuyo objetivo es prevenir y minimizar el deterioro que pudiera resultar de la monotonía o

inactividad del usuario, son actividades diferentes día a día. De este modo se evita el deterioro, contribuyendo en el establecimiento de sus capacidades físicas, cognitivas y creativas, y el desarrollo de sentimientos de independencia. Se realizan los talleres de manualidades, dibujo, pintura, macramé, moldeado con plastilina y pirograbado. El programa se estructuró para pacientes crónicos y pacientes agudos. Se realizan exposiciones de trabajos realizados en terapia ocupacional, en el mes de marzo y en el mes de octubre, del mismo modo los mejores trabajos son premiados en una ceremonia especial. Estas actividades son importantes porque el paciente puede adquirir un oficio u ocupación productiva una vez que egresa de la clínica.

#### ***Actividades recreativas***

Se realizan juegos de salón, estimulando funciones cognitivas tales como memoria, aprendizaje, atención y otros procesos del pensamiento. Se proyectan películas cuidadosamente seleccionadas, de contenido recreativo educativo. Se pone a disposición de los pacientes una biblioteca y se coordinan sesiones de lectura comentada. Se llevan a cabo paseos terapéuticos planeados en especial para pacientes de estancia prolongada, estimulando su interés por el entorno y el contacto social.

#### ***Eventos especiales***

Se promueven el baile, canto, declamación, etc. para la celebración de las diversas festividades a lo largo del año, también se organizan obras de teatro, pastorelas y eventos artístico-musicales, con el objetivo de ayudar al usuario a desviar la atención de su padecimiento y sus conflictos personales, reestructure su personalidad y readaptación.

#### ***Rehabilitación física***

Se impulsa la práctica deportiva para lo cual se implementó un programa de psicomotricidad y expresión corporal dirigido especialmente a pacientes de

estancia prolongada, donde se realizan ejercicios cuidadosamente seleccionados con miras a la conservación de sus habilidades motrices. Se realizan actividades deportivas (fútbol, basquetbol, y voleibol), además de una mini olimpiada por año, Se desarrollan ejercicios de gimnasia, movilidad y estiramiento. Los pacientes acuden a realizar rutinas en el gimnasio llevando la secuencia de calentamiento, estiramiento, movilidad y descanso, alternando con espacios de respiración.

### **Calendario de actividades de rehabilitación psicosocial, área de Depresión**

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
9:00-10:00	Manualidades	Manualidades	Manualidades	Manualidades	Manualidades	Actividades al aire libre
10:00 - 11:00	Juegos de mesa/Gimnasio /gimnasia					
11:00 - 12:00	Videos comentados	Educación para la salud	Baile	Mapa mental	Experiencia vivencial	Músico-terapia
12:00 - 13:00	Actividad lúdica	Lectura comentada	Tema libre	Relajación	Deportes (fútbol)	Técnicas de integración personal

14:00-15:00	Juegos de mesa	Juegos de mesa	Juegos de mesa	Juegos de mesa	Juegos de mesa	
15:00-16:00	Terapia psicológica grupal	Baile	Manualidades	Actividad Lúdica	Cine	
16:00-17:00	Manualidades	Manualidades	Plan de vida	Manualidades	Cine	
17:00-18:00	Frase de la semana	Control de síntomas	Basquetbol/voleibol	Control de síntomas	Cine	
18:00-19:00	Actividad Lúdica	Tiempo libre		Tiempo libre	Baile	

**Tabla 1.** Programa de Rehabilitación Psicosocial (CSR, 2010a).

Cabe mencionar que cada actividad es variable con respecto al día anterior, lo que atrae a los pacientes a participar en ellas. El sábado por la tarde y el domingo no hay actividades, dedicando el tiempo al descanso y visita de familiares.

### **Marco Jurídico**

Las bases legales que regulan y enmarcan directamente el desarrollo de esta clínica (CSR, 2010b), son las siguientes:

*Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos:*

- Art. 4° constitucional, párrafo tercero.

*Leyes:*

- Ley general de salud para el Distrito Federal
- Ley general de salud.

*Reglamentos:*

- Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

*Decretos:*

- Decreto por el que se aprueba el programa sectorial de mediano plazo denominado "Programa Nacional de Salud".

*Acuerdos:*

- Acuerdo por el que se crean los comités internos para el cuadro básico de insumos del sector salud de medicamentos, equipos e instrumental médico: Material de curación y material de información científica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación de Salud.
- Acuerdo No 55 por el que se integran patronatos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en Institutos Nacionales de Salud.

*Normas técnicas oficiales:*

- Bases de coordinación para la integración y descentralización de los servicios de salubridad y asistencia del Departamento del Distrito Federal.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1994 para la elaboración y uso del expediente clínico.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 La rehabilitación psicosocial.**

El concepto de Rehabilitación Psicosocial es el aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969) que propone que la rehabilitación psiquiátrica es el conjunto de procedimientos biológicos y socio-psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibilitan un adecuado desempeño social, producto de algún trastorno psiquiátrico, el objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar como sea posible al que tenían antes de enfermar.

El proceso tiende a prevenir, reducir y compensar los efectos propios de la enfermedad mental, que resultan limitantes para un desempeño personal, social y laboral adecuado, tiene como finalidad mantener y reforzar las capacidades, aptitudes y relaciones interpersonales, mediante la aplicación de medidas de carácter biológico, psicológico, social y vocacional.

En síntesis la meta de la rehabilitación psiquiátrica es: lograr un abordaje integral que brinde la oportunidad de adquirir las habilidades necesarias para vivir, aprender y trabajar en el medio ambiente del paciente. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), primero se habló de rehabilitación psiquiátrica, después de rehabilitación psicosocial y ahora existe una tendencia a utilizar nuevamente el concepto de rehabilitación psiquiátrica (Martínez, 2010).

La rehabilitación psicosocial no es una técnica; es una estrategia asistencial que amplía los objetivos y trasciende el ámbito puramente sintomático. Esta estrategia implica un punto de vista humanista que reúne aspectos éticos y científicos de manera indisoluble. Humanista en contraposición de humanitario, terreno en el que se confunden los problemas sociales y la enfermedad mental, el voluntarismo con la profesionalidad, los derechos con las reivindicaciones, la ideología con la práctica.

### **2.1.1 Historia de la rehabilitación psicosocial**

Podemos suponer que la rehabilitación en psiquiatría existe desde que aparece la conciencia y junto con ella la esencia social del hombre, en aquel entonces se utilizaba un método empírico que no es fundamentado desde el punto de vista científico si no hasta la primera mitad del siglo XX. Es también en este tiempo cuando se comienza a utilizar la palabra rehabilitación, primero en las especialidades que trataban los trastornos de carácter predominantemente somático como la ortopedia y la traumatología, la cardiología, la neumonología, etc. y posteriormente en la psiquiatría.

En la rehabilitación psicosocial la terapia ocupacional es una herramienta indispensable para la recuperación del paciente psiquiátrico (David y Guerao, 2004), ofreciéndole la oportunidad de reubicarse en la sociedad.

Estados Unidos es considerado uno de los precursores de la terapia ocupacional como profesión en 1917 William Rush Dunton Jr, fue uno de los fundadores y se le atribuyó el nombre de “padre de la Terapia ocupacional, fue quien propuso que ésta representaba un acercamiento hacia una “terapia moral” para los enfermos mentales. La propuesta consistía en aminorar los efectos de la industrialización regresando a una vida más simple en la cual se logrará relacionar la mente con el cuerpo a través de las artes manuales. Una segunda herramienta es la Terapia Psicoeducativa que viene a completar el trabajo de la rehabilitación psicosocial y que junto con una tercera herramienta que son las Actividades Deportivas complementan un trabajo personal integral en el paciente hospitalizado.

En la actualidad la terapia ocupacional es orientada a la salud y a la rehabilitación, busca que la persona pueda recuperarse a través del desarrollo de habilidades necesarias para ser independiente en actividades básicas y alcanzar una sensación de logro, seguridad y bienestar (David y Guerao et al, 2004). El término rehabilitación aparece en la literatura psiquiátrica en los años 60. Desde entonces es mencionado con frecuencia y sin una definición precisa.

### **2.1.2 Justificación**

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA-1994 (SSA, 2010) indica que deben llevarse a cabo el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente el reaprendizaje de habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural en la unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

El paciente psiquiátrico es un individuo que sufre un deterioro en diversas áreas de su vida que lo conducen a mostrar una conducta inadaptada en lo familiar, social o laboral, por ello, suelen ser marginados y rechazados tanto en su núcleo familiar como social. Esta situación conlleva a buscar en la institución de salud mental un lugar de apoyo para la “cura” de la enfermedad o bien para su control. Los trastornos mentales como la depresión, ataques de pánico y trastornos bipolares pueden tratarse con más eficacia que la hipertensión o las cardiopatías isquémicas. Es por lo anterior que se debería de contar con un servicio especializado del más alto nivel científico, técnico, ético y legal en la psiquiatría actual.

Si nos remontamos a la historia de la psiquiatría encontraremos que a través del tiempo los adelantos técnicos y científicos generan la renovación en las técnicas de atención del enfermo mental, exigiendo y promoviendo la modernización de la medicina en este campo. Gracias a lo anterior se integro la rehabilitación psicosocial en la atención del paciente con el objetivo de reinsertar al individuo a la sociedad de la mejor forma.

Siguiendo con los avances en la psiquiatría y en cumplimiento de las diversas leyes existentes, es que en la clínica San Rafael a través de la dirección médico administrativa ha conferido al rubro de la rehabilitación una importancia tal que en su empeño de proporcionar un servicio integral, posibilita la implementación de un

departamento de rehabilitación psicosocial. Para lograr lo anterior ha tomado en cuenta el artículo 74 de la ley general de salud, en el área que corresponde a salud mental, donde se impone la rehabilitación como una de las formas de atención. La norma técnica No 114 para la prestación de servicios de atención psiquiátrica, donde dedica su capítulo IV a las actividades de rehabilitación psicosocial.

Por otro lado, se favoreció la formación de un equipo de profesionales comprometidos en la elaboración de un programa que sustente, controle, dirija y evalúe de manera sistemática, las acciones que se emprendan en materia de rehabilitación. Se establecieron también los tiempos y modos que resultaron más convenientes para los objetivos que persigue el departamento de rehabilitación psicosocial.

### **2.1.3 Objetivo de la rehabilitación psicosocial**

Brindar un servicio de rehabilitación integral que contempla programas que conducen al usuario con padecimientos psiquiátricos, a actuar de manera más autónoma para reducir el predominio de las incapacidades resultantes de su enfermedad; favorecer el desarrollo bio-psicosocial y la reinserción a la familia y a la comunidad.

### **2.1.4 Campo de aplicación**

La rehabilitación como herramienta para el tratamiento óptimo de la enfermedad mental, ha estado presente en diversas formas a lo largo del tiempo y siempre relacionada con una actividad laboral o creativa. La rehabilitación psicosocial es un aspecto importantísimo en el proceso de reinserción social del enfermo psiquiátrico y desde tiempos inmemoriales el hombre ha tratado de lograrlo a través de los medios que ha tenido a su alcance. En la medida que el Equipo de Salud Mental se ha ido trasladando a trabajar en la comunidad, también la rehabilitación ha estado presente en la atención primaria de salud (Anthony, Cohen, Farkas, 1988).

La rehabilitación psicosocial es un elemento clave en cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario normalizado e integrador. La reducción del abordaje sanitario de la enfermedad mental grave al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad. Dicho tratamiento integrado es un derecho de las personas afectadas, que no pueden ver reducido al nivel de problema social las graves alteraciones y discapacidades que acompañan a tales trastornos (Rodríguez, 1997). Las actividades en este campo de acción se desarrollan en hospitales generales, pediátricos, psiquiátricos, centros de salud mental, de rehabilitación de discapacitados, comunidades terapéuticas, además de la consulta privada, investigación e intervención en el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de los sujetos y grupos (SSA et al. 2010).

A la vista de la realidad clínica, lo que ahora denominamos rehabilitación debería iniciarse a la par que el tratamiento medicamentoso, una vez establecido el diagnóstico. De alguna manera la rehabilitación y tratamiento forman un binomio inseparable e indistinguible, porque no son intervenciones separadas, de hecho no existen realmente diferencias conceptuales u operativas de ambos conceptos, por lo que vale la pena el esfuerzo para combatir la creencia equivocada de que ambos son diferentes empresas.

### **2.1.5 Rehabilitación psicosocial y depresión**

El propio informe de la OMS sobre salud mental en el mundo alerta sobre el previsible crecimiento de patologías como la depresión y la ansiedad (OMS, 2001). Estudios más recientes (OMS & Comisión Europea de Salud, 2005) presentan escenarios futuros casi catastróficos, con enormes incrementos en la prevalencia de algunos trastornos mentales. Entre otros datos, la OMS cita que los trastornos depresivos son ya la cuarta causa más importante de la carga mundial de

morbilidad, y se prevé que para el 2020 figurarán en el segundo puesto, por detrás de la cardiopatía isquémica, pero por delante de todas las demás enfermedades y será la segunda causa de ausentismo laboral, tan sólo atrás de los accidentes laborales en México.

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente. Hoy en día en México sobreviven en medio de la depresión cerca de 10 millones de personas, pero alrededor de 40% (más de 15 millones) de la población económicamente activa del país tiene un trastorno de este tipo. No hay distinción de raza, religión, ni condición social, ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, nadie está a salvo de esta enfermedad, ya sean adultos o ancianos e incluso jóvenes y niños. Según la Organización Mundial de la Salud en México para el año 2020, casi la mitad de la población padecerá un grado de trastorno depresivo.

Observando lo anterior es que he deseado dedicar este trabajo al tema de la rehabilitación psicosocial y su aplicación en la depresión. Esta enfermedad es un amplio campo de acción para la rehabilitación psicosocial, porque una de las principales características de la depresión es el grave deterioro cognitivo que afecta a la persona que la padece tanto en el área laboral, como en la familiar y social del individuo. Este padecimiento a diferencia de otras enfermedades que se atienden en la clínica San Rafael como la esquizofrenia o el trastorno bipolar tiene una mayor recuperación y tiempo menor de estancia hospitalaria (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruíz, 2004), logrando que el paciente se reintegre a las actividades que desempeñaba hasta antes de ser hospitalizado de forma certera y pronta, sobre todo si éste acude con regularidad a las sesiones programadas de rehabilitación psicosocial, ya que como se observó anteriormente es una rehabilitación integral donde se abarcan los aspectos físicos, cognitivos, educativos, de recreación y deportivos.

Por otro lado, vemos que pacientes con depresión tienen una mayor participación en las actividades de rehabilitación psicosocial, y presentan menos problemas de abandono o inasistencia a dichas actividades, en comparación con los pacientes

con psicosis aguda. Aunque la depresión no es la única enfermedad mental donde participa la rehabilitación psicosocial, el terapeuta ocupacional si puede ayudar en mucho en la reconstrucción de la independencia, autoestima y sentimiento de competencia del paciente deprimido y de esta manera logra que a través del trabajo creativo la persona pueda proyectar por medio de la transferencia sus percepciones, sentimientos, fantasías, pensamientos y conflictos, encaminándose a una recuperación más rápida y efectiva.

## **2. 2 La depresión**

Para poder conocer la depresión tendríamos que estudiar por completo las características y causas de esta enfermedad, o escuchar algunas vivencias y relatos de personas que han padecido depresión. Por otro lado, podemos observar que la depresión es una enfermedad que va incrementándose en número de personas que la padecen, al grado que es considerada la enfermedad del siglo XXI, esto por el grado de incapacidad que produce y por el tiempo hombre perdido en las empresas debido a esta enfermedad.

### ***Definición***

La depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente. La podemos abordar desde su etimología u origen de la palabra que es “depressus”, que quiere decir abatido o derribado. La depresión se configura por una serie de síntomas o un síndrome, que repercute y afecta los aspectos emocionales del sujeto, esto afecta la vida cotidiana de la persona de forma negativa y puede manifestarse de múltiples formas.

A continuación se presenta una investigación hecha en esmas.com noticias (esmas, 2005), donde se recaban algunas vivencias de personas que han padecido depresión, además de las opiniones de algunos médicos psiquiatras y psicoanalistas:

*“CIUDAD DE MÉXICO, México, nov. 15, 2005.- Más de dos y medio millones de mujeres mexicanas la padecen, 800 mil hombres también. Es el miedo a nada y a todo, la falta de ganas, el no me importa, es una señal de depresión, que es muy distinta a la tristeza y a la angustia.”*

*"La depresión es una enfermedad, esto quiere decir que el cerebro deja de utilizar una sustancia que se llama "serotonina" y eso hace que aparezcan muchos síntomas físicos y psicológicos", dijo Enrique González, médico psiquiatra.*

*"La angustia tiene manifestaciones en el cuerpo que son muy distintas, que van de repente de una sensación de intranquilidad, de incomodidad, de palpitación, de agitación en el ritmo cardíaco, de sudoración", indicó María Cárdenas, psicoanalista.*

*"No cualquier persona desarrolla una depresión, hay que tener algún antecedente genético", señaló Enrique González. Y para detectarla con facilidad, hay una regla que no falla y es que todo lo que antes se disfrutaba, hoy ya no importa.*

*"De repente comencé a notar cambios en mi vida, no me satisfacía lo que estaba haciendo, las cosas que me gustaban las hacía a fuerza, parece que tienes un imán en la cama, que no te puedes levantar, te metes al baño, pero es un sacrificio tremendo", comentó Juan paciente con depresión.*

*Es un problema químico, más allá de un simple estado de ánimo, por eso, dicen los especialistas, el trabajo debe ser a fondo; con terapias, medicamentos en dosis señaladas, y con voluntad.*

Dando seguimiento a lo anterior, para diagnosticar a una persona con un trastorno depresivo mayor el DSM IV dice que deben de aparecer uno o más episodios depresivos; cada episodio es de un periodo de al menos dos semanas durante el cual se experimenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Se presentan al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambio de apetito o peso, del sueño, y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte,

ideación o intentos suicidas. El episodio se acompaña de un malestar clínico o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **2.2.1 Historia de la depresión**

Los griegos (Hipócrates) describieron el estado de tristeza la cual denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. Se pensaba que la influencia del planeta Saturno, hacía que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia (120-180 d. de JC), el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona. La melancolía fue descrita por Cornelio Celso hacia el año 100 d. de J.C. Estos términos siguieron siendo utilizados por Galeno (129-199 d. de J.C.). Más adelante en la edad media, la medicina siguió viva en los países islámicos, y durante ella, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron la melancolía como una enfermedad diferenciada

La primera descripción en inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro de Robert Burton (1997) "*Anatomía de la Melancolía*" el cual se publica en 1621. El trabajo de Burton fue alabado por los médicos de su época, dentro de los que destaca William Osler. La primera edición de la Anatomía de la Melancolía apareció en 1621, y fue un éxito de inmediato.

El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue él quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "foli a double forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal por años y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía.

Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias (Dementia Praecox); demencias y enfermedad maniaco-depresiva. Kraepelin describió también un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia en las mujeres y durante la edad adulta madura en los hombres que llegó a ser conocida como melancolía involutiva; pero eventualmente se consideró una variante de trastorno afectivo.

A comienzos del siglo XX, Abraham y Freud, de forma simultánea, esbozan sus hipótesis psicodinámicas, donde postulaban que la depresión en la adultez era una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna a la persona que padece de esta enfermedad vulnerable a pérdidas posteriores y que desencadenan el cuadro.

No es hasta en el decenio de 1960-69, que se anuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, donde se postula que la depresión se provoca con un déficit de neurotransmisores, noradrenalina y serotonina. Se basaba en el hecho de que agentes antidepresivos como la imipramina, incrementaban la biodisponibilidad sináptica de noradrenalina, mientras los inhibidores de la monoaminoxidasa incrementaban la disponibilidad de serotonina. En investigaciones posteriores se mostró la insuficiencia de esta hipótesis, ya que no todos los pacientes que les aumentaron el nivel de aminas, experimentaron mejoría clínica, llegando a la conclusión que sólo induce síntomas depresivos en personas vulnerables a los trastornos afectivos como lo son los pacientes que están en remisión y los familiares de los pacientes deprimidos.

Existen modelos más actuales que igualmente estudian la depresión como el de Diátesis-Estrés de Nemeroff y Plotsky, donde integran factores ambientales, genéticos y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales, así como las repercusiones a nivel del Sistema Nervioso Central que promueven un sistema CRF y Noradrenérgico hiperactivo, y que genera un sistema hiperrespondente al estrés, el cual torna vulnerables a los sujetos a padecer de ansiedad y depresión.

### **2.2.2 Clasificación DSM IV**

En el DSM IV (DSM IV, 2004) la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo, dentro de la cual se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

En el DSM IV se menciona que los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El resto de los trastornos del estado de ánimo se diferencian del trastorno depresivo mayor porque:

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

#### **Trastornos del estado de ánimo**

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno

depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto).

Las especificaciones que indican gravedad, remisión y síntomas psicóticos pueden codificarse en el cuarto dígito del código diagnóstico en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo.

Las demás especificaciones no pueden codificarse.

La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada como sigue:

- Episodios afectivos
- Episodio depresivo mayor
- Episodio maniaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaniaco

Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor [296.xx]
- Trastorno distímico [300.4]
- Trastorno depresivo no especificado [311]

Trastornos bipolares

- Trastorno bipolar I [296.xx]
- Trastorno bipolar II [296.89]
- Trastorno ciclotímico [301.13]
- Trastorno bipolar no especificado [296.80]

Otros trastornos del estado de ánimo

- Trastorno del estado de ánimo debido a... (*Indicar enfermedad médica*)  
[293.83]

Procedimiento de tipificación para el trastorno depresivo mayor. Los códigos diagnósticos se seleccionan de la forma siguiente:

**Criterios de diagnóstico del trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]**

- A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco (DSM IV v. pág. 338), un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

**Codificar** el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

**Especificar** (para el episodio actual o para el más reciente):

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión]

- Crónico
- Con síntomas catatónicos

- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

### **Episodio depresivo mayor**

#### ***Características del episodio***

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas con un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas deben de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

#### ***Episodios afectivos***

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del

sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable utilizándolo como defenza. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (Criterio A4). Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.

Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (Criterio A7). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios

que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable. No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Los episodios mixtos se

caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos una semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves debe haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal. Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro mnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer).

Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. Por ejemplo, la pérdida de peso en una persona con colitis ulcerosa que tiene mucho peristaltismo y una ingesta alimentaria escasa no debe atribuirse a un episodio depresivo mayor. Por otro lado, cuando la tristeza, la culpabilidad, el insomnio o la pérdida de peso aparecen en una persona con un infarto de miocardio reciente, cada uno de estos síntomas se atribuye a un episodio depresivo mayor, porque no

son clara y completamente atribuibles a los efectos fisiológicos de un infarto de miocardio. Asimismo, cuando los síntomas son claramente debidos a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (p. ej., una pérdida de 30 kg de peso relacionada con no comer por la idea delirante de que la comida está envenenada), estos síntomas no se atribuyen a un episodio depresivo mayor.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio D). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos dos meses, generalmente se consideran resultado de un duelo (DSM IV, 2004), a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Criterio E).

#### ***Síntomas y trastornos asociados.***

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia.

En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias

o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto.

***Hallazgos de laboratorio.***

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. No obstante, se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales en grupos de sujetos con episodios depresivos mayores, en comparación con sujetos de control. Las anormalidades de laboratorio que se asocian con un episodio depresivo mayor parece que son las mismas tanto si el episodio forma parte de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II. La mayoría de las anormalidades de laboratorio son dependientes del estado (p. ej., se afectan según la presencia o ausencia de los síntomas depresivos), pero algunos hallazgos preceden al inicio del episodio o persisten tras su remisión. Es más fácil que las pruebas de laboratorio sean anormales en los episodios con síntomas melancólicos o psicóticos y en los sujetos más gravemente deprimidos.

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60 % de los casos ambulatorios y hasta en el 90 % de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas

más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anormalidades del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor.

Los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor incluyen noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. Los datos que implican a estos neurotransmisores parten de la medición de sus niveles en la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina y de la actividad de los receptores plaquetarios. Otras pruebas de laboratorio anormales son el test de supresión con dexametasona, otras pruebas neuroendocrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imaginería cerebral, los potenciales evocados y el EEG.

***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios » y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas

en el «corazón» (en las culturas del medio oriente). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfo. Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de «calor en la cabeza» o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones intensas de ser visitado por los muertos) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo «general» en una cultura.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad).

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los

estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

**Curso.**

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure seis meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyo caso se debe anotar la especificación en remisión parcial; DSM IV, 2004). La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante dos o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónica).

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno.

El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente se puede esperar que el

50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar I).

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación interepisódica total sin recuperación interepisódica total, pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Hay datos que sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tienen una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuado para alcanzar y mantener un estado eutímico más completo y de larga duración.

Los estudios de seguimiento del curso natural sugieren que después de un año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor el 40 % de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos el 20 % sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor (p. ej., trastorno depresivo mayor, en remisión parcial) y un 40 % no presenta trastorno del estado de ánimo. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes. A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio.

Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Es difícil predecir en qué casos el primer episodio de un trastorno depresivo mayor en una persona joven va a convertirse finalmente en un trastorno bipolar. Algunos datos sugieren que el inicio agudo de una depresión grave, especialmente con síntomas psicóticos y enlentecimiento psicomotor, en una persona joven sin psicopatología prepuberal, es probable que sea predictor de un curso bipolar. La historia familiar de trastorno bipolar también es sugerente de la aparición posterior de un trastorno bipolar.

#### ***Diagnóstico diferencial***

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Si hay un episodio depresivo mayor y una enfermedad médica, pero se considera que los síntomas depresivos no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario se registra en el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si el episodio depresivo mayor se considera una consecuencia psicológica directa de sufrir la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre los síntomas depresivos y la enfermedad médica.

### ***Prevalencia***

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

### ***Patrón familiar***

El trastorno depresivo mayor es uno y medio a tres veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

### ***Características diagnósticas***

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos (Criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

### **2.2.3 Clasificación CIE 10**

De acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades CIE-10 (OMS, 1992, 1993, 1996), emitidas por la Organización Mundial de la Salud OMS tenemos que los trastornos depresivos se encuentran identificados de la siguiente manera:

#### ***F32 Episodio Depresivo***

En un episodio depresivo se emplean los siguientes dígitos como parte la codificación de las enfermedades contenidas en el CIE-10, a continuación se especifican lo que significan cada uno los dígitos.

- Los dos primeros dígitos son **F3**.
- El tercer dígito es **2** (si hay un episodio depresivo mayor único) o **3** (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
- El cuarto dígito indica lo siguiente: **0** para gravedad leve, **1** para gravedad moderada, **2** para los casos graves sin síntomas psicóticos, **3** para casos los graves con síntomas psicóticos, **4** para casos en remisión parcial o total, y **9** si no está especificado.

Para saber que los síntomas que tiene una persona son de un episodio depresivo mayor se deben cumplir los siguientes criterios:

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco (F30) en cualquier momento de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas (F10- F19) o trastorno mental orgánico (en el sentido F00 -F09).

#### ***Síndrome somático***

Algunos síntomas depresivos son ampliamente considerados por su especial significado clínico y que aquí de denominan <<somáticos>> (términos tales como

biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos son usados para este síndrome).

Un quinto dígito (como se indica en F31.3, F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) puede ser utilizado para especificar la presencia o no del síndrome somático. Para codificar el síndrome somático, deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.
- 2) Pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional.
- 3) Despertarse por la mañana dos o tres horas antes de lo habitual.
- 4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- 5) Presencia objetiva de inhibición psicomotriz clara (observada o referida por terceras personas).
- 6) Pérdida marcada del apetito.
- 7) Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes).
- 8) Pérdida marcada de la libido.

En las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento, la presencia o ausencia de síndrome somático no se especifica para el episodio depresivo grave de tal modo que se supone en la mayoría de los casos.

### ***F32.0 Episodio depresivo leve***

A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

- 2) Marcada pérdida de intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades anteriormente eran placenteras.
- 3) Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

- 1) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- 2) Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- 3) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- 4) Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- 5) Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición.
- 6) Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- 7) Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia de un <<síndrome somático>> tal como se definió anteriormente.

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

### ***F32.1 Episodio depresivo moderado***

A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.

B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0.

C. Síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta completar en total al menos seis.

Debe utilizarse un quinto dígito para especificar la presencia del <<síndrome somático>> tal como se definió anteriormente.

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

### ***F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos***

Nota: Si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto a ser incapaz de describir los síntomas con detalle. En estos casos está justificada con evaluación global de la gravedad del episodio.

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta completar al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

### ***F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos***

- A. Se satisfacen los criterios generales de F32, episodio depresivo.
- B. Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo sin síntomas psicóticos (F32.2) con la excepción del criterio D.
- C. No se satisfacen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, grave o moderado F25.10 y F25.11).
- D. Están presentes 1) ó 2) los siguientes:
  - 1) Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen criterios de ninguno de los grupos de síntomas A1 b), c) o A2 e) de F20, esquizofrenia.
  - 2) Estupor depresivo.

Se debe utilizar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

F32.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes, de culpa, de nihilismo, hipocondriacas, de rutina o de catástrofe inminente; alucinaciones auditivas despectivas o condenatorias).

F32.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o de autoreferencia y alucinaciones sin contenido afectivo)

### ***F32.8 Otros trastornos depresivos***

Se deben incluir aquí los episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0 – F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como tensión, preocupación, malestar, o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como las que se observan en los servicios de interconsulta de los hospitales generales).

### ***F33 Trastorno depresivo recurrente***

G1. Ha habido en el pasado al menos un episodio depresivo ya sea leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y 3), con una duración mínima de dos semanas y se paró de otros posibles episodios por periodo de seis meses libres de alteraciones significativas del estado de ánimo.

G2. No ha habido en el pasado ningún episodio que satisficiera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-)

G3. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias psicoactivas (F1) o algún trastorno mental orgánico en el sentido (F0).

Se recomienda especificar el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado grave o dudoso).

También se pueden dar las siguientes combinaciones:

### ***F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve***

### ***F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado***

***F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos***

***F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos***

***F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión***

A. En el pasado se satisficieron los criterios generales para trastorno depresivo recurrente (F33).

B. El estado actual no satisface los criterios para episodio depresivo (F32-) de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-F39.

Comentario: La prescripción de un tratamiento para reducir el riesgo de recaídas no es óbice para este diagnóstico.

***F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes***

***F33.9 Trastorno depresivo recurrente, sin especificación***

***Pautas de actuación***

Información esencial para el paciente y sus familiares:

- La depresión es una enfermedad frecuente y existen tratamientos eficaces.
- La depresión no es un signo de dejadez o pereza; los pacientes se esfuerzan todo lo que pueden.
- Consejos específicos para el paciente y sus familiares.
- Pregunte sobre un posible riesgo de suicidio. (¿Piensa el paciente con frecuencia en su propia muerte?, ¿Tiene algún plan específico de suicidio?, ¿Ha intentado suicidarse con anterioridad?, ¿Tiene ideas suicidas?). Puede ser necesaria una estrecha vigilancia por parte de la familia o los amigos. Valore el riesgo de que pueda hacer daño a otras personas.

- Planificar actividades a corto plazo que tengan como finalidad la diversión o afianzar la auto-confianza.
- Animar al paciente a resistirse al pesimismo y la autocrítica negativa y a no actuar bajo ideas pesimistas (por ejemplo, separación o divorcio, dejar el trabajo). Evitar la atención excesiva a pensamientos negativos o de culpabilidad.
- Identificar problemas de la vida diaria y situaciones de estrés.
- Hacer que el paciente se concentre, paso a paso, en hechos puntuales para que vaya mejorando sus estrategias de afrontamiento. Evitar que tome decisiones drásticas sobre su vida.
- Si existen síntomas somáticos, intentar averiguar las relaciones existentes entre estos síntomas y el estado de ánimo.
- Después de la mejoría, vigilar posibles signos de recaída y planificar con el paciente posibles fórmulas a las que recurrir si aparecen nuevos síntomas.

#### **Relación de los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM IV.**

Al margen de las diferencias en la propia definición del episodio depresivo mayor, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen un umbral distinto para definir cuándo el trastorno se considera un episodio aislado *versus* dos episodios separados recidivantes o resistentes. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen la presencia de un período libre de cualquier síntoma significativo de alteración del estado de ánimo de por lo menos 2 meses entre estos episodios, mientras que los criterios del DSM-IV requieren un intervalo de como mínimo 2 meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

#### **2.2.4 Diagnóstico de trastorno depresivo mayor.**

El concepto de trastorno depresivo mayor hace alusión a un cuadro depresivo de una cierta intensidad y consistencia. Es decir, no se plantean dudas que el paciente tiene una depresión, ya que presenta una serie de síntomas que se

consideran diagnósticos los cuales permiten hacer el diagnóstico con bastante seguridad, y, por lo tanto, poder pensar en el tratamiento adecuado. Este término no pretende hacer alusión a posibles causas internas (biológicas) o externas (sociales). Esto supone, al mismo tiempo, que bajo el término pueden englobarse problemas muy diferentes, incluyendo casos más leves y casos más graves.

Puede presentarse como un episodio único a lo largo de la vida o más frecuentemente como varios episodios recurrentes. Se habla de trastorno depresivo mayor si además no ha habido ningún episodio maniaco (trastorno del estado de ánimo con euforia, exceso de energía, hiperactividad, desinhibición) intercalado, pues en ese caso estaríamos frente a un trastorno bipolar o maniaco-depresivo. También se puede diferenciar entre episodios melancólicos o no melancólicos y según la presencia o ausencia de síntomas psicóticos, rasgos atípicos o con inicio en el postparto.

El diagnóstico de la depresión mayor es fundamentalmente clínico, basándose en el interrogatorio y la exploración del paciente, teniendo en cuenta las variaciones individuales en la presentación de la depresión.

En el trastorno depresivo mayor hay un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas, y que se caracteriza por la presencia de un descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Otros síntomas relevantes son: pérdida de peso; hipersomnia (aumento de la necesidad de sueño) o insomnio (dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar una o más horas antes de lo normal), enlentecimiento o agitación psicomotoras; fatiga; ideas de inutilidad o culpa; disminución de la capacidad de pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte. Estos síntomas se mantienen la mayor parte del día.

A parte de la tristeza pueden aparecer otros estados emocionales como la ansiedad o la irritabilidad, pero secundarios al estado de ánimo.

La intensidad de los síntomas puede ser variable. Puede haber pacientes con una tristeza vital y profunda que afecta a todas las áreas de la vida de relación del

sujeto y que manifiestan una imposibilidad absoluta de anticipar o conseguir un cierto placer, mientras que otros pacientes pueden tener menos capacidad de buscar placer pero conservar la capacidad de experimentarlo si la situación es propicia. La persona nota que no tiene ninguna motivación por hacer cosas que antes le divertían o le hacían sentir bien.

A nivel del pensamiento la lentitud y los contenidos de tonalidad negativa marcan la pauta. No son raros los sentimientos de inutilidad o culpa excesivas o inapropiadas. El paciente pierde su autoestima y puede expresar ideas sobrevaloradas de inutilidad, hipocondría (temor a padecer enfermedades), desesperanza o ruina. Está pesimista y pierde la ilusión por su entorno o futuro. Puede perder el interés por el cuidado de sí mismo, la propia higiene, por ir bien vestido. El llanto es la expresión de este estado emocional, sin embargo, en ocasiones, el enfermo se queja de no poder llorar.

En los pacientes con un trastorno depresivo mayor encontramos una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, incluso puede aparecer una disminución de la atención y quejas de falta de memoria. Estos trastornos serán más evidentes en las depresiones más severas y con mayor trasfondo biológico en comparación con las depresiones mayores con más carga psicosocial. Lo mismo ocurre con las alteraciones de la psicomotricidad (enlentecimiento y torpeza en los movimientos). No es rara la existencia de ideas de suicidio o de pensamientos recurrentes de muerte acompañados de una mayor o menor intencionalidad.

La vida instintiva y los ritmos biológicos pueden estar afectados. Existen alteraciones del sueño como ya se mencionó. También pueden tener síntomas físicos, sobre todo la fatiga o pérdida de energía. Otros síntomas pueden ser las cefaleas, la amenorrea (ausencia de menstruación), la sequedad de boca, el estreñimiento y las palpitaciones.

Todos estos síntomas provocan, además, un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida de relación del sujeto. Una depresión de cierta intensidad puede incapacitar a la persona para

continuar haciéndose cargo del cuidado de su casa, para ir al trabajo, para relacionarse con otras personas. Se debe descartar que estos síntomas no sean debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias, o explicados por la presencia de un duelo.

Un episodio depresivo mayor que no sea tratado dura seis o más meses y en caso de continuar se puede volver crónico. El inicio y la finalización pueden ser graduales o abruptos. El trastorno depresivo mayor es normalmente recurrente. La probabilidad de un único episodio está por debajo del 50% y una vez que se ha establecido la recurrencia el riesgo de posteriores episodios aumenta a medida que se van produciendo éstos. El patrón de recurrencia es variable y generalmente impredecible. La separación entre episodios puede ser de meses e incluso años.

El trastorno depresivo mayor frecuentemente coexiste con otras patologías psiquiátricas, como son la Distimia, el abuso de alcohol o de otras sustancias y con los trastornos de ansiedad.

### **2.2.5 Tratamiento de Depresión**

Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia, la rehabilitación psicosocial o una combinación de todos ellos. La naturaleza y severidad de la depresión, y hasta cierto punto la preferencia individual, determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la apropiada (González, Romero y De Tavira, 1993). Para la depresión leve o moderada, uno u otro de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o incapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos. En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas, y por último, la rehabilitación psicosocial ayuda a conocer y utilizar las herramientas que le ayudarán a recuperar de forma más rápida y certera las actividades productivas

que desempeñaba antes de la enfermedad, a través de un programa integral donde pueda trabajar la parte cognitiva, educativa, física y social.

#### **2.2.5.1 Tratamiento farmacológico**

Para decidir la posibilidad de la administración de medicamentos antidepresivos, se debe observar que exista un estado de ánimo o falta de interés muy prominente durante al menos dos a cuatro semanas (De la Cueva, G., comunicación personal Agosto 15 2010).

En casos graves, es necesario prescribir el tratamiento desde la primera visita. En los casos leves, se puede instaurar la medicación en una visita posterior si la terapia que se ha dado no ha sido de gran ayuda.

Desde la introducción de los fármacos antidepresivos a mediados de los años cincuenta se ha producido una mejora significativa en la perspectiva de tratamiento de los pacientes con depresión. Se considera que estos fármacos son eficaces en el 60 a 80 % de los pacientes, siendo la respuesta variable en función de la gravedad de la depresión y de la presencia de otros factores que pueden "entorpecer" la acción del fármaco como pueden ser acontecimientos vitales estresantes mantenidos, características de personalidad alteradas de base o mal cumplimiento del tratamiento. Además hasta el 90% de las depresiones responderán a algún tipo de tratamiento antidepresivo.

La depresión parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias a nivel cerebral tales como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Por ello, los fármacos antidepresivos actúan intentando aumentar alguna de estas sustancias en el cerebro a través de distintos mecanismos de acción (Montgomery y Rouillon, eds. 1991).

#### ***Criterios para elegir la medicación*** (De la Cueva et al 2010):

- Si ha habido una buena respuesta a una determinada medicación en el pasado, es recomendable volver a utilizarla.
- El subtipo de depresión.

- El perfil de efectos secundarios propio de cada medicamento.
- La posibilidad de interacción con otros medicamentos que ya se estén tomando.
- Si son pacientes de edad avanzada o tienen otra enfermedad orgánica, utilizar tratamientos con pocos efectos secundarios anticolinérgicos y cardiovasculares.
- Si el paciente está ansioso o es incapaz de conciliar el sueño, prescribir medicamentos con mayores efectos sedantes.

En caso de que la dosis no sea la adecuada, aumentar la dosis paulatinamente hasta encontrar la dosis más eficaz.

Es necesario conocer que todos los fármacos antidepresivos tienen un período entre que se inicia su toma y comienza la respuesta antidepresiva, que se denomina latencia de respuesta, y que puede variar entre dos y cuatro semanas. El paciente en este período no nota que haya mejoría y además percibirá los efectos secundarios del medicamento, lo cual añade frustración y desconfianza hacia la eficacia del tratamiento. Debe ser paciente y esperar la mejoría de la depresión dentro de ese plazo de tiempo. Es posible observar en ocasiones, una cierta mejoría a los pocos días de iniciar la toma del medicamento, pero este efecto no es antidepresivo, posiblemente se deba a cierta acción sedativa o inductora del sueño que mejora aspectos que suelen presentarse asociados a la depresión como es la ansiedad o el insomnio. Se le debe indicar al paciente que el medicamento deberá ser tomado a diario.

Solo se debe considerar ineficaz un medicamento antidepresivo cuando haya sido probado durante 4 a 6 semanas a dosis adecuadas y con buen cumplimiento. En caso de ineficacia el planteamiento será sustituir el medicamento por otro, habitualmente de distinto grupo de acción antidepresiva, o bien la combinación de dos fármacos antidepresivos de mecanismo de acción complementario.

Una vez conseguida la remisión completa del cuadro depresivo es necesario continuar el tratamiento y no abandonarlo aunque el paciente ya se sienta totalmente bien. Con ello se intenta disminuir en lo posible el riesgo de recaída.

Así, cualquier tratamiento antidepresivo ha de durar por lo menos de 6 a 9 meses tras la recuperación de la depresión.

En el caso de un primer episodio depresivo se plantea al cabo de este tiempo la retirada del tratamiento, debiendo hacerse de modo progresivo, tanto para evitar la posibilidad de síntomas de abstinencia como el posible resurgimiento de la depresión si la decisión de retirada del fármaco fuera prematura.

***Clasificación de los antidepresivos de acuerdo a sus mecanismos de acción.***

*Inhibidores de Recaptura de Norepinefrina (I.R.N.)*

- Reboxetina                      - Desimipramina                      - Nortriptilina
- Protriptilina                      - Maprotilina

*Inhibidores de Recaptura de Dopamina (I.R.D)*

- Bupropión

*Inhibidores de Recaptura de Serotonina (I.S.R.S)*

- Fluoxetina                      - Sertralina                      - Paroxetina
- Fluvoxamina                      - Citalopram

*Activadores de la Recaptura de Serotonina (A.R.S)*

- Tianeptina

*Inhibidores de Recaptura de Serotonina y Norepinefrina (I.R.S.N)*

- Venlafaxina                      - Imipramina                      - Doxepina
- Amitriptilina                      - Trimipramina                      - Duloxetina
- Milnaceprina

*Inhibidores de las Monoamino Oxidasas (I.M.A.O)*

*Irreversibles:*

- Fenelcina                      - Tranilcipromina                      - Isocarboxacida

*Reversibles (RIMAs):*

- Moclobemida                      - Brofaromina                      - Befloxatone

*Agentes Liberadores de Monoaminas (A.L.M)*

- Dextroamfetaminas                      - Metilfenidato                      - Pemolina
- Modafinil

### *Agonistas de Receptores a Neurotransmisores*

#### 5-HT1a Agonistas Parciales:

- Bupiriona
- Gespirona

#### *Antidepresivos con Acción Mixta.*

- Mirtazapina
- Trazodona
- Nefazodona
- Amoxapina
- Clorimipramina

Aunque la eficacia de la mayoría de los antidepresivos es similar, existen diferencias respecto a su perfil clínico, de efectos secundarios y tolerabilidad, lo cual permite seleccionar su indicación.

### ***Hospitalización***

Recordemos que la meta es la recuperación del paciente (Ontiveros y Chávez, 2005), por lo que considera la hospitalización en caso de que exista un alto riesgo de suicidio, esta puede ser de manera voluntaria o involuntaria, mientras inicia el efecto del medicamento antidepresivo. Si existen síntomas psicóticos. Por último, si la depresión persistiera de manera significativa.

#### **2.2.5.2 Diferentes psicoterapias**

Cuando la depresión requiere de tratamiento, este puede realizarse sólo con fármacos, sólo con psicoterapia o con una combinación de ambas. Habitualmente se considera que es la combinación de fármacos con psicoterapia es la mejor elección de tratamiento en algunos casos de depresión.

Muchas de las técnicas de psicoterapia para la depresión tienen el inconveniente de mayor dificultad para comprobar su eficacia de un modo científico. Es más fácil controlar y objetivar la eficacia de un medicamento que una técnica concreta de intervención psicoterapéutica. Por otra parte, la mayoría de las psicoterapias no han sido desarrolladas para ser aplicadas en depresiones con sintomatología psicótica, pero la existencia de la rehabilitación psicosocial suple en gran medida la necesidad de la psicoterapia en pacientes hospitalizados, dado que las

actividades que desarrolla esta área emplea terapias diversas que le serán de utilidad en la recuperación del paciente, siendo parte del trabajo diario.

### **Psicoterapia de apoyo**

La psicoterapia de apoyo intenta ayudar al paciente a lograr el mejor nivel de funcionamiento posible teniendo en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno. Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la mayor colaboración posible con el tratamiento. Se basa en técnicas de explicación de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad, de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente (Szydlo 2001).

### **La psicoterapia psicoanalítica**

El psicoanálisis es un tratamiento que intenta que el paciente depresivo descubra la fijación inconsciente de la primera infancia, ya que desde el punto de vista de esta teoría la depresión corresponde a un trauma de la etapa oral del desarrollo psicosexual, durante la lactancia, por exceso de frustración o por exceso de gratificación.

El depresivo tiende a mantener el mismo modo de relación simbiótica, que en ese período arcaico se caracteriza por el narcisismo, cuando todavía no hay diferenciación yo – no yo, con la dificultad de conectarse afectivamente con los otros, considerándolos como en la infancia prolongaciones de sí mismo. El objetivo es hacer consciente lo inconsciente de manera que puede comenzar de nuevo y lograr desarrollarse y crecer como persona autónoma e independiente.

Como menciona en su trabajo Phares (2004), la técnica de la psicoterapia psicodinámica se basa en el establecimiento de un foco de comprensión consciente, que se elabora a través de la interpretación de las verbalizaciones y conductas del paciente durante la sesión. El psicoanálisis moderno también

destaca la importancia de la experiencia de los estados emocionales internos problemáticos, de los deseos y creencias en conflicto, codificados en patrones de relación que se exponen al examen dentro de la situación terapéutica y de la relación con el terapeuta. Actualmente se piensa, a diferencia de antes, que el *insight* consciente puede no ser tan importante como factor curativo. La experiencia emocional, asociada a la capacidad del terapeuta de tolerar pensamientos y emociones consideradas previamente como intolerables por el paciente, puede ser tanto o más importante como factor de cambio. Otros aspectos del tratamiento potencialmente terapéuticos incluyen el fomento de la asimilación e integración en el sí mismo de experiencias emocionales dolorosas y previamente apartadas de la conciencia, la sugestión y el apoyo. La aproximación más estructurada de la psicoterapia focal se relaciona naturalmente con una actitud más activa por parte del terapeuta, quien identifica y comunica al paciente los patrones conductuales recurrentes, consistentes con la presencia supuesta del conflicto inconsciente.

Para el psicoanálisis moderno la depresión constituye un síndrome variado y complejo con presentaciones semiológicas diferentes que pueden llegar a manifestarse como desórdenes bien delimitados que califican dentro de las nosologías en uso (DSM IV y CIE 10) y al cual se puede acceder por distintas vías. Estas vías pueden ser de causas que van desde lo biológico constitucional a lo psicogénico.

Desde un punto de vista psicoanalítico las áreas de patogenia (Klerman, Weissman, Rounsaville, Strupp, 1996) están en la base de una depresión. Desde el punto de vista de la psicopatología psicoanalítica del paciente deprimido, lo esencial es la existencia de un deseo psicológicamente irrenunciable, simultáneamente con la convicción de la propia incapacidad de realizarlo. El duelo patológico, testimonio de un penoso deseo de reunión irrealizable o la pérdida irrecuperable de un rol significativo en la vida, sólo conducen a la depresión en virtud de la convicción de su respectiva "irrealizabilidad" o irrecuperabilidad. Por su parte, la disputa interpersonal de roles extrae su carácter patogénico de la

incapacidad de renunciar al deseo de reciprocidad. Del mismo modo, el déficit interpersonal puede conducir a depresión por la vía de frustrar, irremediablemente, la necesidad de relaciones interpersonales nutritivas y, en tal caso, la agresión y la culpa por dañar a la persona que es objeto del deseo puede estar jugando un papel preponderante. El objetivo diagnóstico psicoterapéutico es descubrir, con el paciente, la vía particular a través de la cual éste llegó a deprimirse. Este proceso conduce al establecimiento del *foco* dinámico que será trabajado a lo largo de la terapia

### **La psicoterapia interpersonal**

La psicoterapia interpersonal busca mejorar la depresión a través de la mejora de las relaciones interpersonales, las cuales pueden estar alteradas y se consideran relacionadas con el inicio de los síntomas.

Como lo mencionan en su obra Klerman y sus colaboradores (1996), la psicoterapia interpersonal se basa en las ideas de la escuela de la psiquiatría interpersonal e inicialmente fue formulada como una terapia de tiempo limitada de una frecuencia de una sesión semanal para pacientes depresivos. Si bien incluye una teoría explicativa general de la etiopatogenia que abarca todo el desarrollo vital, en especial las etapas más tempranas, el foco terapéutico no está puesto allí, sino en la conexión entre el momento de aparición de los síntomas depresivos y los problemas interpersonales actuales. De este modo, se orienta más a las relaciones actuales que a los aspectos crónicos de la personalidad. Por lo anterior es que la actitud del terapeuta tiene que ser activa y de apoyo.

La psicoterapia interpersonal es normalmente un tratamiento breve, usualmente administrado en la fase aguda de la depresión. La terapia comienza con una fase diagnóstica, en la que el desorden del paciente es identificado y explicado. El terapeuta destaca las maneras cómo el funcionamiento actual del paciente, sus relaciones sociales y expectativas dentro de tales relaciones, pueden haber jugado un papel causal en la depresión. Este es un momento educacional en el que el terapeuta vincula los síntomas depresivos con alguna de cuatro áreas

interpersonales: duelos patológicos, conflictos de rol interpersonal, transición de roles o déficit interpersonales. En la segunda fase del tratamiento, el terapeuta lleva a cabo estrategias específicas para alguna de las áreas problemáticas. Por ejemplo, facilitando el proceso de duelo y ayudando al paciente a encontrar nuevas relaciones y actividades que compensen la pérdida. Los conflictos de rol pueden ser abordados ayudando al paciente a explorar los problemas de relación y a considerar las opciones disponibles para resolverlos. En la fase final del tratamiento, el paciente es ayudado a focalizar en los logros terapéuticos y a desarrollar maneras para identificar y enfrentar los síntomas depresivos en el caso de que éstos reaparezcan en el futuro.

Con respecto a la relación entre la psicoterapia interpersonal y el enfoque psicoanalítico clásico, aparecen diferencias y semejanzas. El foco esencial de la terapia psicoanalítica clásica está puesto en los procesos mentales inconscientes y en el rol de las memorias, deseos, fantasías y conflictos intrapsíquicos en la determinación de la conducta y la psicopatología. El foco esencial de la aproximación interpersonal se dirige a los roles sociales y a las acciones interpersonales en las experiencias de vida pasadas y actuales. Tanto el enfoque interpersonal como el psicoanalítico consideran todo el ciclo vital de la persona y dan valor a las experiencias tempranas y a los patrones persistentes de personalidad en todas las etapas del desarrollo y en todas las áreas del funcionamiento personal. Sin embargo, en la comprensión psicodinámica el acento está puesto en las relaciones de objeto, mientras que el psicoterapeuta interpersonal se fija en las relaciones interpersonales. Dicho de otra manera, el psicoterapeuta psicodinámico “escucha” los deseos y conflictos intrapsíquicos, mientras que el terapeuta interpersonal “escucha” las expectativas y disputas de rol de su paciente. Con todo, tales diferencias parecen ser más teóricas que prácticas. Podemos concluir que la diferenciación entre la psicoterapia dinámica y la interpersonal y, hasta cierto punto, también entre ambas y la cognitivo conductual, no responde tanto a razones de principio, o esenciales, sino mucho

más a estrictas razones metodológicas y de estrategias y políticas de desarrollo científico.

### **La psicoterapia cognitiva conductual**

Klerman y colaboradores (1996) citan a varios autores en su obra y menciona que los fundamentos de las terapias conductual y cognitivo conductual surgen de la teoría del condicionamiento clásico (aprendizaje condicionado y operante) y de la teoría de aprendizaje social. El método de desensibilización de Wolpe es probablemente el primer intento riguroso de adaptar el condicionamiento pavloviano a la situación clínica. Al mismo tiempo, Skinner y sus colaboradores usaron técnicas de condicionamiento operante para modificar las conductas de pacientes psicóticos internados. Por alguna razón, Aaron Beck, uno de los padres de la terapia cognitiva inició desarrollando sus ideas de la relación entre pensamiento y depresión (Beck 1964).

Estos desarrollos dieron origen a una terapia específica para el tratamiento de la depresión y la conducta suicida (Beck y Greenberg 1979). La terapia es breve, orientada a problemas y altamente estructurada, y utiliza técnicas variadas, como tareas escritas y calendarización de actividades, biblioterapia, *role-playing*, entre otras. Es una orientación ecléctica, pero usa un amplio rango de técnicas de una manera consistente con el objetivo estratégico de lograr una modificación cognitiva. Se preocupa de la relación terapéutica como escenario para una reeducación cognitiva, pero sin poner el énfasis en los aspectos emocionales o de apoyo como factores curativos. De la misma manera, la terapia desarrollada por Beck no pone una atención especial en los sueños o en los recuerdos infantiles, aun cuando, de producirse espontáneamente, éstos puedan servir como claves valiosas para entender patrones cognitivos particulares. La meta es mucho más que proporcionar al paciente un conjunto de herramientas prácticas de autoayuda, sino que él mismo pueda continuar empleando y perfeccionado después de la terminación de la terapia.

Los clínicos conductistas y cognitivo conductuales focalizan el estudio más bien en el cómo se mantienen estos aspectos o funcionamientos mal adaptados, ya sea por la interacción con el entorno o a través de propiedades inherentes al sistema de creencias del individuo. En los comienzos de la terapia cognitiva se colocó un gran énfasis en la primacía de las cogniciones sobre las respuestas emocionales, en otras palabras, en la idea de que las reacciones emocionales podían ser predichas sobre la base de las creencias y expectativas. Más recientemente, ha habido un reconocimiento general, tanto de parte de teóricos dinámicos como cognitivos, de que la separación entre estos dos modos de funcionamientos es una sobre simplificación de poco valor heurístico, que tampoco es aceptada por la tradición filosófica o por las ciencias cognitivas modernas.

Se ha destacado que en la instalación y desarrollo de un desorden depresivo suelen establecerse círculos viciosos que deben ser desarticulados con el tratamiento: los pensamientos y sentimientos depresivos impactan la conducta del paciente, conduciendo a niveles de inactividad que pueden contribuir a cambios en el nivel neuroquímico, los cuales a su vez, exacerbaban los componentes afectivos y cognitivos de la depresión. Además, el individuo deprimido tiene un impacto depresivo sobre los que lo rodean, contribuyendo así a la evitación y rechazo social de los que suelen quejarse los depresivos. Aún más significativo es que los individuos deprimidos suelen no darse cuenta como:

- El afecto actual colorea e influye en la forma en la cual los eventos y la información están siendo evaluados, procesados, almacenados y recuperados.
- La inactividad conductual está exacerbando el proceso depresivo.
- La conducta social inusual está contribuyendo inadvertidamente al proceso de mantenimiento de la depresión.

La representación de sí mismo como impotente, contenido de la autoestima disminuida, actúa como un potente sesgo de confirmación, de acuerdo con el cual las personas deprimidas están predispuestas a atender selectivamente a aquellas características de los eventos que son representativas de sus propios defectos

(reales o imaginarios), ignorando las que son disconfirmatorias. Esto amplifica la autoevaluación negativa de la persona deprimida.

A causa de su inserción en una tradición epistemológica positivista, el foco de las intervenciones conductistas se dirige a conductas definibles que puedan ser fácilmente identificadas y monitoreadas a través de intervenciones terapéuticas. Los tratamientos cognitivo conductuales representan una integración de este nivel de análisis con consideraciones acerca de pensamientos y creencias que pueden conducir a conductas disfuncionales (Alemán, 2006). El objetivo de tales intervenciones es cambiar creencias mal adaptadas, usando un rango amplio de técnicas terapéuticas. Por lo general, éstas incluyen elementos de auto monitoreo, identificación y reto a pensamientos y supuestos negativos que mantienen las conductas y las experiencias problemáticas; de actividades que, a su vez, ayuden al auto monitoreo y desafío de las creencias disfuncionales. Los objetivos de la intervención tienden a ser claros, y la motivación del paciente es permanentemente reforzada por el terapeuta mediante sugestión y apoyo.

La tradición positivista de las terapias conductuales y cognitivo conductuales tienen ventajas sobre las de tradición psicoanalítica, en el sentido de que las hace mucho más accesibles a la investigación sistemática de resultados, en especial, al estudio de la eficacia de técnicas estructuradas para condiciones psicopatológicas específicas. Esto explica el éxito que las terapias conductuales y cognitivo conductuales han tenido en la implementación de políticas públicas en Salud Mental. En nuestro país, por ejemplo, el programa de depresión para el nivel de atención primaria, inserto en el *Plan Nacional de Salud Mental*, prescribe intervenciones psicosociales grupales de 6 sesiones de una y media a dos horas de duración para los pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada, de corte cognitivo conductual.

La terapia cognitiva es una técnica dirigida y bien estructurada que busca corregir aquellos pensamientos alterados por su carga negativa o pesimista que se cree que están en el origen de la depresión, dado que el pensamiento se conecta

intensamente con la afectividad y la conducta (Alemán, 2006). Se trataría de localizar estos pensamientos y sustituirlos por otros más reales y positivos.

Casi todas las psicoterapias requieren un plazo largo de tratamiento, desde pocos meses a varios años, lo cual conlleva el problema de la continuidad de la terapia por parte del paciente cuando este ya se cree encontrar bien. En este sentido es necesario tener en cuenta que la psicoterapia no busca solo resolver un episodio depresivo sino también generar los cambios necesarios en la persona para intentar prevenir la recaída.

Las actividades rehabilitación psicosocial se eligen de acuerdo con la situación del paciente basándose en las terapias mencionadas con anterioridad siempre de forma grupal, enriqueciendo de esta manera el tratamiento del paciente, permitiéndole una recuperación más pronta y eficaz.

### **3. DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA**

#### **3. 1 Metodología**

En la Clínica San Rafael participan cinco grandes áreas en la atención de los pacientes internados las cuales son: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Rehabilitación, cada una de estas profesiones aporta el trabajo que le corresponde en la atención integral del paciente psiquiátrico.

La rehabilitación psicosocial es una forma de atención a las personas afectadas por una enfermedad mental e implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar una mayor calidad de vida en condiciones lo más normalizadas e independientes posibles. La atención dentro del área de rehabilitación psicosocial se fundamenta teóricamente en la psicología, llevándolas a la práctica a través de la asistencia de personas con enfermedades mentales graves, apoyándose en diversas terapias (cognitivo-conductual, interpersonal, de apoyo, psicoanalítica, de intervención en crisis, psicoeducativa, etc.). En la atención de pacientes con una enfermedad mental se requiere contar con una organización de servicios asistenciales y de cuidados, tanto sociales como sanitarios, confiables, accesibles y continuos. En la rehabilitación psicosocial el objetivo es el brindar un servicio de rehabilitación integral que contemple programas que conduzcan al usuario con padecimientos psiquiátricos a actuar de manera más autónoma, para reducir el predominio de las incapacidades resultantes de su enfermedad; favoreciendo el desarrollo bio-psicosocial y la reinserción a la familia y a la comunidad. La consecución de este objetivo se refleja en la pronta recuperación del usuario. Es así que se muestra la capacidad de coordinación y el grado de actuación conjunta armónica entre los diferentes servicios y profesionales de un área asistencial, buscando que la atención al paciente sea a través del grupo interdisciplinario que busca, que sus componentes sean partes interrelacionadas de un sistema global de atención, buscando tener una adecuada coordinación con los otros servicios (enfermería,

psicología, psiquiatría y trabajo social) para contribuir en la atención integral del paciente que tiene alguna enfermedad mental.

El servicio que se proporciona en el área es permanente porque durante todo el tiempo que dura la hospitalización del usuario se puede mantener dentro de las sesiones, donde, pretendemos favorecer su adaptación al medio hospitalario, recibiendo el beneficio de las diferentes actividades de rehabilitación psicosocial. El trabajo que se realiza en esta área, es bajo prescripción médica, donde a juicio y criterio del médico tratante se autoriza o no el asistir a estas actividades, y el tiempo que continuará dentro de las mismas, porque también del médico depende el tiempo de estancia en la Clínica, la que varía de paciente a paciente.

En rehabilitación psicosocial de la Clínica San Rafael se busca siempre cumplir con la misión, que es, reincorporar al individuo a la comunidad y posiblemente a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible dentro de la sociedad tomando en cuenta su personalidad e intereses.

La rehabilitación integral que se otorga, contempla programas que conducen al usuario con algún padecimiento psiquiátrico, a actuar de manera más autónoma, para reducir el predominio de las incapacidades que resultan de su enfermedad; estas actividades buscan favorecer el desarrollo bio-psicosocial, y como ya se ha mencionado la reinserción a su familia y a la comunidad.

La solicitud del servicio está a cargo del médico tratante, es él quién elabora la solicitud de servicio para que el paciente a su cargo reciba la atención en el área de rehabilitación. El médico tratante le entrega la solicitud al departamento de enfermería, donde la enfermera responsable del paciente hace llegar dicha solicitud al jefe de rehabilitación psicosocial, quien hace una valoración al paciente y lo canaliza con el terapeuta ocupacional para que se integre a las actividades correspondientes a su patología.

El procedimiento que se sigue durante las actividades esta de acuerdo a los parámetros establecidos en el manual de procedimientos del departamento de rehabilitación psicosocial y es el siguiente:

- Se evalúan las capacidades residuales del paciente proporcionándole una actividad.
- Se brinda un espacio propicio para expresar o sublimar sus impulsos y necesidades emocionales.
- El paciente es monitoreado y asesorado permanentemente, en el ánimo de impulsar el desarrollo de sus capacidades.
- Las actividades se llevan a cabo en los salones establecidos de acuerdo a cada actividad (previamente señalados), los cuales han sido preparados para las diferentes actividades, en el caso de las manualidades seleccionando previamente los materiales.
- Se identifican y controlan los riesgos para el paciente.
- Se busca que la actividad adecuada para el paciente, sin que dicha actividad rebase sus propias capacidades.
- El paciente se presenta a las actividades que se llevan a cabo en rehabilitación psicosocial.
- Se le invita a que consulte las actividades diarias en el calendario de actividades del departamento de rehabilitación, que se encuentra pegado en el lugar asignado de cada una de las áreas de la clínica para que asista a las mismas.
- Por último, se hace una valoración del paciente con el objetivo de registrar su evolución.

### **3. 2 Supervisión**

La supervisión es un aspecto esencial del control de calidad de la psicología, es por ello que se toma en cuenta dentro de la Clínica San Rafael. El área de rehabilitación no está exenta de las cuestiones éticas ya que son una responsabilidad profesional, por lo tanto, existe la necesidad de contar con una supervisión. Los supervisores clarifican los roles y evalúan continuamente las competencias y las habilidades profesionales del personal dentro de nuestra área.

Actualmente este trabajo corre a cargo de la jefatura del área de rehabilitación psicosocial. Algunos psicólogos eligen de manera voluntaria ser supervisados por compañeros o colegas con el fin de afinar sus habilidades, desarrollar su experiencia en áreas adicionales o poder hacer consultas sobre casos. La supervisión da soporte a los retos emocionales asociados con el trabajo clínico. Se programan sesiones semanales donde se manejan los temas relacionados con las actividades, los problemas que surgen, las necesidades del departamento, los sentimientos y las emociones de los participantes. Se da seguimiento a cada uno de los practicantes en rehabilitación durante el transcurso de la semana.

Se hace notar que una forma de supervisión del servicio y de los pacientes por su médico tratante es la revisión de las hojas de evolución, que son llenadas por el personal de rehabilitación acerca mostrando la participación del usuario en las actividades, comentarios y observaciones de su desempeño, esto se hace para que quede asentado en el expediente y el médico se entere de la evolución del paciente, ya que no siempre se puede tener un contacto directo con el médico para ver los avances del interno.

### **3. 3 Estrategias terapéuticas**

Al ingresar el paciente a la clínica es valorado por el psiquiatra y canalizado a rehabilitación psicosocial. Una vez que se recibe la solicitud de ingreso, se hace una valoración del paciente donde se revisan tres áreas: la física, la cognitiva y la social, a fin de realizar una atención integral tomando en cuenta todos los problemas y necesidades de la persona, y de esa manera utilizar la estrategia y el abordaje terapéutico más adecuado para su atención.

La psicoterapia tiene un récord probado a través de los años como ayuda para la depresión. En la década de los sesenta se desarrolló una teoría sobre tratamiento psicoterapéutico para la depresión llamado “terapia cognitiva” (Beck, 1964). Este tipo de psicoterapia ha sido investigada en mayor profundidad que otras y ha probado ser de gran ayuda en los síntomas de la depresión. En estudios recientes (aunque en otros no) se ha encontrado que esta terapia para algunos pacientes

funciona muy bien e incluso mejor, que los medicamentos antidepresivos. Pero en rehabilitación psicosocial hemos observado que lo más adecuado es auxiliarnos de la técnica más apropiada acorde al paciente, por ello es que no se utiliza una sola corriente en la rehabilitación.

Analizando un poco lo anterior veremos que la terapia cognitiva sostiene que las personas que están deprimidas de forma crónica, frecuentemente han desarrollado una especie de visión distorsionada de ellos mismos y del mundo, adoptando ciertos patrones de pensamiento y reacción que perpetúan sus problemas. Las personas deprimidas tienden a pensar negativamente sobre sí mismas, interpretar sus experiencias de forma negativa y tener una visión pesimista del futuro. La teoría cognitiva llama a esto la “tríada cognitiva” y propone que todo este pensamiento negativo causa que la persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que se manifiestan y refuerzan el pensamiento negativo.

Parte del tratamiento consiste en atender los pensamientos negativos automáticos que interfieren con los medicamentos. La terapia cognitiva trabaja con las barreras psicológicas al tratamiento reemplazando esos pensamientos con unos más realistas. Dado que esta terapia ha probado ser efectiva en el tratamiento de la depresión, es la que más utilizada dentro de las actividades que se realizan en el departamento de rehabilitación. En la depresión actividades como la psicoterapia, la rehabilitación y el apoyo familiar son igualmente importantes que la terapia farmacológica. Las anteriores intervenciones terapéuticas forman parte de la atención integral del paciente, otra actividad indispensable es la psicoeducación que proporciona la información objetiva dando motivación en forma de apoyo.

Tomando en cuenta lo anterior tenemos que en la rehabilitación psicosocial se tiene como base actividades de trabajo en grupo con los pacientes y no en forma individual, ya que observamos que éste trabajo es más efectivo (Sánchez, 2004). Como terapeuta ocupacional de este servicio se debe guiar al grupo hacia el camino del aprendizaje para ayudar a resolver sus problemas (y no sólo desahogarse). En el trabajo con grupos, hacemos ver a los pacientes cómo otros

están manejando o fracasando en sus estrategias para resolver sus problemas, siendo esto una excelente forma de convertir al paciente en una persona capaz de resolver los propios problemas y aprender de los de otros miembros del grupo. Esto nos sugiere que los aspectos compartidos del problema parecen ser muy importantes para la experiencia terapéutica. Los pacientes con trastorno depresivo mayor que participan en grupo se retroalimentan en cómo vivir con la depresión, cómo se afectan sus relaciones y actitudes, obteniendo información guía de los miembros del grupo y del terapeuta.

Los grupos tradicionales de psicoterapia se forman con personas que cuentan con una variedad de problemas. Sin embargo, en el departamento de rehabilitación psicosocial de la Clínica San Rafael, en el tratamiento del paciente trabajamos con grupos homogéneos acorde a su grupo patológico observando que este tipo de selección de grupos cumple con su objetivo, de brindar un servicio de rehabilitación integral que contempla programas que conducen al usuario, con padecimientos psiquiátricos a actuar de manera más autónoma, para reducir el predominio de las incapacidades resultantes de su enfermedad; favorecer el desarrollo bio-psicosocial y la reinserción a la familia y a la comunidad, ya que al final de su estancia hospitalaria permite al paciente tener las herramientas necesarias que le ayudarán a que se reintegre a las actividades que realizaba antes de su enfermedad. Al integrarse de una manera apropiada estos pacientes tienen menos recaídas en la clínica y mejoran su productividad en el trabajo o la escuela.

Las actividades de rehabilitación psicosocial se lleva a cabo con grupos previamente seleccionados que son: estancia prolongada (psicogeriatría), trastornos adictivos, ansiedad y depresión, y por último, pacientes de estancia corta (pacientes con psicosis aguda). Los grupos son abiertos permitiendo el ingreso en cualquier momento a los pacientes a dichas actividades con la condición de no haber sido dados de alta. Cabe hacer notar que muchas de estas actividades se realizan de forma simultánea en cada una de las áreas, y en el resto de las actividades se pueden integrar la gran mayoría de los pacientes, ya

que son actividades abiertas a cualquier tipo de paciente y esto permite la socialización entre los mismos pacientes (juegos de mesa, baile, cine, etc.).

El programa de actividades está diseñado para los pacientes internados y que independientemente de cuál sea su característica psicopatológica, puedan acudir de manera voluntaria a ellas, acorde al grupo que le corresponde. Estas actividades le proporcionan al paciente un beneficio terapéutico no importando cuál haya sido el motivo de su hospitalización (Del Prette A. y Del Prette Z., 2002).

### **3. 4 Actividades realizadas**

Las actividades psicoterapéuticas que se mencionan a continuación contienen el objetivo, las actividades, la forma de intervención y los beneficios de cada una para el usuario. Cabe aclarar que cada terapia se aplica adecuándola a la unidad que le corresponde por grupo homogéneo de acuerdo a la patología, destacando que existen actividades comunes a todos. En nuestro caso hablaremos de la patología de la depresión.

Antes de llevar a cabo las actividades se realiza lo siguiente:

La enfermera conduce al paciente con depresión al área de rehabilitación psicosocial, donde el terapeuta le hace una valoración de su estado físico y emocional. Si no esta en condiciones de realizar la actividad se regresará a su área hospitalaria y se esperara a su mejoría. Si ya esta en condiciones se le permite el acceso a la sesión. Una vez dentro, se le proporcionan los materiales y herramientas necesarias, en seguida se le enseña la técnica específica para el desarrollo de la actividad, verificando si se comprendió; si entendió bien, se observa el desarrollo de la actividad y como la realiza el sujeto, a demás de su conducta. De no ser favorable, el terapeuta estimula el cambio de conducta. Si se logra el cambio de conducta se refuerza para que se mantenga a lo largo de la sesión.

El terapeuta toma lista de asistencia y avisa a los participantes 10 minutos antes que termine la sesión del cierre de la actividad, recuerda que se guarde el material

utilizado en su lugar, supervisando que así suceda. Una vez terminadas las actividades conduce y a los pacientes a la unidad de depresión. Por último, registra la evolución del usuario en la hoja correspondiente y la archiva en el expediente.

### ***Juegos de mesa***

Esta actividad es una actividad común a todas las patologías, cuyo objetivo es estimular en el usuario funciones cognitivas y fomentar las relaciones interpersonales, desviando el pensamiento perturbado del paciente a una actividad productiva y controlada.

Actividades:

- Dominó
- Ajedrez
- Damas chinas
- Memoria
- Damas inglesas
- Palillos Chinos
- Juego de la Oca
- Uno
- Serpientes y escaleras
- Rummy
- Cuatro en línea
- Cartas
- Rompecabezas
- Maratón
- ¿Quién es el culpable?

Esta actividad se lleva a cabo en la explanada principal o en caso de lluvia en el área de cafetería de la clínica donde se encuentran las mesas y un ambiente adecuado para realizar cualquier juego de mesa. En estas actividades se integran la mayoría de los pacientes no importando cual sea su enfermedad.

Al inicio de la actividad se colocan los juegos de mesa en las mesas de uso común y se invita a los pacientes a jugar con otros pacientes o en ocasiones con su cuidador o con el terapeuta. La guía del terapeuta será figura de apoyo quien ayudará al desarrollo del juego y al mantenimiento de las habilidades con las que aún cuenta. El paciente o grupo de pacientes seleccionan uno de los juegos mencionados que sepa jugar o que desee conocer y jugarlo, sino conoce las reglas del juego, se le dan a conocer y la forma de jugarlo. Una vez hecho lo anterior se inicia el juego. Diez minutos antes de terminar el tiempo asignado para la actividad, se les avisa a los pacientes que les queda poco tiempo y que tienen concluir el juego. Una vez concluido el tiempo se recogen los juegos y se invita a

los participantes a acudir a la actividad siguiente, tomando en cuenta su patología o grupo al que pertenecen.

Los beneficios de los juegos de mesa que se observan son: facilitan la oportunidad de socializar, mantienen ocupada la mente en algo creativo distrayendo momentáneamente al paciente de su depresión. Su participación en grupo le ayuda a salir del aislamiento autoinfligido. Permite fortalecer la tolerancia a la frustración y respetar la actitud del otro, estimulando a seguir y respetar las reglas. Por otro lado, estimula el sistema inmunológico, ayuda a mantener al paciente relajado permitiéndole controlar de manera efectiva el estrés y estimula la memoria del paciente, favoreciendo el aprendizaje.

El terapeuta es el responsable de dirigir la actividad, buscando que el paciente se mantenga en contacto con la realidad, llevando a cabo las instrucciones y desarrollando la propia creatividad.

### ***Ejercitación en gimnasio***

Esta actividad es común a todas las patologías y se lleva a cabo en el gimnasio de la clínica, donde los pacientes realizan los ejercicios de forma controlada bajo supervisión del terapeuta ocupacional y en un ambiente adecuado con música propia para este propósito. El objetivo es mantener el cuerpo en óptimas condiciones mediante una secuencia de ejercicios con aparatos, barras y discos, permitiendo trabajar todos los grupos de músculos siempre mediando las cargas de trabajo según lo requiera.

Actividades:

- Ejercicio en bicicleta fija.
- Barras.
- Pesas.
- Ejercicios en aparato múltiple.
- Golpear el costal.
- Caminadora.
- Escaladora de piso.

Se recibe a los pacientes interesados en ejercitarse en el gimnasio y se les asigna o supervisa las rutinas que llevarán a cabo, se coloca la música seleccionada y por último se verifica que las actividades se lleven a cabo con un cabal cumplimiento del reglamento establecido, poniendo énfasis que no estén haciendo

mal uso de los aparatos ni sacando el equipo fuera del área del gimnasio, que no haya contacto físico con otros pacientes, que no descubran partes de su cuerpo (tórax, cadera, piernas), que no agredan a los demás, que traigan ropa adecuada y que respeten el horario de servicio, entre otros. Diez minutos antes de terminar el tiempo asignado, se les avisa a los usuarios para que finalicen su rutina y coloquen los aparatos en el lugar asignado. Una vez que concluido el tiempo, se les invita a acudir a las actividades de rehabilitación que se imparten a continuación.

Como beneficios de esta actividad tenemos que ayuda a la relajación, al desahogo de emociones negativas y a la recarga de emociones positivas. También permite al paciente desahogar el estrés, el miedo, la angustia, los síntomas de la depresión y el enojo. Por otro lado, estimula el sistema límbico enviando oxígeno al cerebro, favoreciendo la desintoxicación generada por los medicamentos a través del sudor. Los ejercicios que se realizan permiten incrementar la fuerza, la resistencia y la motricidad a través de una gama de movimientos de articulación simultáneos y específicos, así mismo, se ejercitan varios músculos y se trabaja en la coordinación ocular manual. Con la asistencia y llevando a cabo dichas rutinas se estimula la autoestima y la cognición, debido a que durante los ejercicios se mantiene la concentración y se establecen estrategias de trabajo. Como se ha publicado, el ejercicio es muy importante en los pacientes que padecen depresión como lo explican Akandere y Tekin (2010) en su artículo.

Esta actividad es para todo paciente que ha sido autorizado por su médico y que considera puede llevar a cabo cualquiera de las actividades y que no tiene impedimentos físicos o mentales.

La participación del terapeuta ocupacional es importante porque los pacientes se sienten acompañados y en ocasiones buscan el espacio para expresar sus inquietudes acerca de su estancia en la clínica, generando una mayor confianza en la relación médico (terapeuta)-paciente.

### ***Expresión corporal***

La actividad de expresión corporal permite mantener el cuerpo en óptimas condiciones mediante una secuencia de ejercicios, cuyo objetivo es trabajar por grupos musculares sin la utilización de aparatos especializados. Esta actividad al igual que las anteriores es afín a cualquier tipo de paciente, siempre y cuando sea autorizada por el médico tratante. El terapeuta ocupacional coordina el grupo y dirige la actividad de la que se trate.

Actividades:

- Gimnasia rítmica.
- Ejercicios aeróbicos.
- Ejercicios de coordinación.
- Rutina de estiramientos.
- Ejercicios de calentamiento.

Se lleva a cabo una valoración suficiente del paciente que permita determinar la conveniencia del desarrollo de estas actividades. Se promueven las diferentes actividades de gimnasia, movilidad y estiramiento y se les pide que asistan a la explanada o lugar asignado para la sesión. Una vez formado el grupo se coloca música adecuada para la actividad y se da inicio con ejercicios de calentamiento, una vez completado lo anterior se continúa con el fortalecimiento y movimiento (rutina) y por último se termina la actividad con ejercicios de estiramiento y descanso (enfriamiento).

El terapeuta controla los tiempos de las rutinas específicas para cada usuario y las incrementa o disminuye según requiera el caso. Con los pacientes geriátricos se hacen ejercicios de calentamiento y coordinación únicamente. Una vez terminada la rutina de ejercicios, se pide a los asistentes se feliciten a ellos mismos dándose un fuerte abrazo ya que han hecho un gran esfuerzo. Por último, se les invita a acudir a la actividad siguiente.

Cabe hacer notar que la actividad física es una parte importante en la rehabilitación de los pacientes que sufren un trastorno depresivo, ya que los beneficios recibidos son idénticos a los recibidos por los ejercicios del gimnasio (ejercicios con pesas, 2010). La expresión corporal ayuda a la relajación, al desahogo de emociones negativas y recarga de emociones positivas, ayudando a

desahogar el estrés, el miedo, la angustia, la depresión y el enojo. También motiva el trabajo en equipo, estimula el sistema límbico enviando oxígeno al cerebro y desintoxica al participante a través del sudor. Al realizar esta actividad se ejercitan varios músculos del cuerpo, se trabajan la coordinación ojo mano, la fuerza, la resistencia y una gama de movimientos de articulación simultáneos y específicos, por último, se estimula la autoestima y la cognición.

Las actividades anteriormente mencionadas se llevan a cabo en diferentes sitios debido a que es dirigido a dos grupos diferentes de pacientes, por lo que se trabaja en el gimnasio para todas las personas que se integran y que puedan realizar la actividad, y en la sección de psicogeriatría para los pacientes geriátricos cuyo desplazamiento es difícil dado que algunos tienen la necesidad de ser auxiliados para su desplazamiento con sillas de ruedas, bastones u aparatos ortopédicos o simplemente no desean salir de su espacio por lo cansado que les resulta.

### ***Iniciación al deporte***

Con estas actividades se busca motivar al paciente a que aprenda o ratifique esquemas motores y posturales que puedan ser utilizados como habilidades físicas de forma recreativa mediante la iniciación a diferentes deportes que se pueden practicar en las áreas respectivas de la clínica, y de esta manera descubra en ello un espacio donde canalizar sus emociones, fortalecer su cuerpo y trabajar en equipo. Estas actividades son comunes para cualquier paciente que desee participar en ellas.

Actividades:

- Juego de volibol.
- Juego de basquetbol.
- Juego de futbol.
- Miniolimpiadas (en fechas especiales).

El terapeuta promueve la participación de los pacientes, hace una valoración del estado físico y las posibilidades de realización de la actividad deportiva, de acuerdo a su estado de salud y posibilidades de desarrollo. Una vez hecho lo anterior, se junta a los pacientes interesados a participar en esta actividad en el

área correspondiente, ya sea en la cancha de fútbol, de basquetbol o voleibol. En el caso del fútbol, se forma un equipo de pacientes y otro de médicos, psicólogos y personal afín. Una vez formados los equipos se les da a conocer las reglas que rigen la actividad y se destaca que el objetivo de la actividad no es solo ganar, sino divertirse sanamente sin agresiones, respetando las reglas y al rival. Ya aclarados los puntos, el terapeuta ocupacional da inicio a la actividad, supervisando el comportamiento de los participantes en el encuentro e invitando a los que no desean participar jugando a apoyar y animar a los jugadores con porras. Cinco minutos antes del término del encuentro, se les da aviso a los participantes para que se preparen a finalizar el encuentro. Una vez finalizado se despiden todos los integrantes con un saludo a los integrantes del equipo opuesto, felicitándose por el gran esfuerzo realizado durante la actividad. Por último se les invita a llevar a cabo el aseo correspondiente, a tomar sus alimentos y a acudir a las actividades subsecuentes. En el caso del basquetbol y voleibol se trabaja de una forma similar, pero en el espacio correspondiente.

Al practicar estos deportes se ayuda a que el paciente se relaje, desahogue sus emociones negativas y se recargue de emociones positivas. Por otro lado, permite desahogar el estrés, el miedo, la angustia, la depresión y el enojo, motivando el trabajo en equipo. Como en las actividades físicas mencionadas anteriormente en esta actividad existe una desintoxicación a través del sudor, estimula al sistema límbico enviando oxígeno al cerebro, a la vez que transcurre la actividad se ejercitan varios músculos del cuerpo y se trabaja la coordinación ojo-mano. Cabe hacer notar que al realizar cualquier actividad deportiva, se incrementa la fuerza, la resistencia y se realizan una gama de movimientos articulares simultáneos, que permiten trabajar la motricidad del cuerpo. Por otro lado, se estimula la autoestima y la cognición a través de la concentración en la actividad deportiva ya que se siguen ciertas estrategias para conseguir la victoria durante el juego.

Estas actividades se realizan en las canchas deportivas existentes en la clínica, como lo son: la cancha de basquetbol, la cancha de voleibol y la cancha de fútbol. Los participantes de estas actividades tienen que tener el deseo de participar en el

juego y que no tenga ningún riesgo por alguna enfermedad física o mental, que no esté impregnado de medicamento y que haya sido estabilizado y autorizado por su médico tratante.

El paciente con depresión como ya se ha mencionado anteriormente obtiene todos los beneficios de la actividad, pero además le da seguridad y deseos de socializar con sus compañeros y terapeutas, porque puede verlos como iguales en estas actividades, ya que el terapeuta, el médico o el personal de la clínica participan del encuentro en cualquiera de los equipos, siendo el terapeuta ocupacional el responsable de la actividad integrándose al juego en alguno de los equipos, como árbitro u organizando y supervisando la actividad.

### ***Taller de psicomotricidad***

Este taller tiene como objetivo promover en los pacientes la integración cognitiva-emocional, simbólica y sensoriomotriz en la capacidad de ser, además de expresarse en un contexto psicosocial. Nuevamente es una actividad donde se pueden integrar todos los pacientes que así lo deseen.

Actividades:

- Gimnasia cerebral.
- Ejercicios de relajación con música.
- Masaje con pelotas de gel.
- Ejercicios de coordinación motora (gruesa y fina).
- Juegos y cantos con movimientos corporales (con aros, pelotas, globos y cobijas).
- Ejercicios de respiración con movimientos de automasaje a ganglios linfáticos.

Los ejercicios de relajación con música es una de las actividades más solicitadas por parte de los pacientes que atraviesan por un trastorno depresivo. El terapeuta valora el estado de salud en general y las posibilidades de desarrollo de una actividad del paciente para que de esta manera desarrollen otras en beneficio de su mente y cuerpo. Una vez que se ha que se verifico que los pacientes que se

encuentran en la sesión pueden llevarla a cabo, se realiza la sesión en grupo y bajo la supervisión permanente del terapeuta, en el área del gimnasio o en casos especiales en el salón de baile. Se colocan cartones, colchonetas y cobijas en el piso del área señalada. Posteriormente se les pide a los pacientes que se coloquen sobre las cobijas y se proporciona el encuadre de la actividad que es:

1.- Una vez iniciada la actividad no podrán entrar ni salir del área porque desconcentrarían a sus compañeros, por lo que si no se sienten seguros tendrán que salir en esos momentos.

2.- En caso de que sucediera alguna emergencia, el terapeuta ocupacional les avisará para que desalojen el lugar, si escuchan ruidos de abrir o cerrar puertas o personas caminando no se levanten de su lugar hasta que termine la actividad.

3.- Sus médicos saben que se encuentran en ese sitio y que en caso de necesitar que acudan con él, esperará hasta que termine la actividad.

4.- No hablar durante la sesión.

5.- Cierren sus ojos y colóquense en una posición cómoda.

6.- Sigán las instrucciones del terapeuta ocupacional y la música que se ha seleccionado para la actividad.

Una vez dado el encuadre, se inicia la sesión colocando la música y dando las instrucciones pertinentes al paciente para llegar a la relajación a través de diferentes técnicas, en muchos de los casos la relajación llega a ser profunda, de modo tal que el paciente se llega a quedar dormido. Diez minutos antes de finalizar el tiempo de la sesión, se va sacando lentamente de la relajación a los pacientes y se les pide que empiecen a hacer pequeños movimientos de pies y manos, de estiramiento, que abran los ojos y que se sienten en el sitio donde se realizó la relajación. Por último se le pide que compartan sus experiencias con el grupo y los beneficios que obtuvieron de la actividad. Una vez que todos los participantes comparten sus vivencias, se procede a levantar los cartones y cobijas colocándolos en el lugar correspondiente e invitando a los pacientes a la actividad siguiente. Como se podrá observar más adelante, los beneficios son muchos y con un mínimo esfuerzo. El terapeuta lleva a cabo el registro de

asistencia y evaluación de cada paciente, colocando la asistencia en un listado y haciendo la evaluación en las hojas correspondientes.

Los beneficios de esta actividad son varios, entre ellos facilita la conciencia del propio cuerpo, estimula la percepción multisensorial, ejercita la coordinación ojo mano, lateralidad y equilibrio. Por otro lado, dependiendo de la actividad que se lleve a cabo, se contribuye al desarrollo armónico de las facultades humanas, incrementa la fuerza, la resistencia y una gama de movimientos de articulación simultáneos y específicos.

Las actividades mencionadas ayudan a la relajación, a controlar el estrés, el miedo, la angustia y la depresión, así mismo al desahogo de emociones negativas y recarga de emociones positivas. Como se puede observar, esta actividad es una pieza fundamental en un paciente con depresión porque a través de la relajación el paciente obtiene los beneficios mencionados sin esfuerzo.

En estas actividades se invita a todo paciente que desee participar, siempre y cuando se pueda mantener en silencio y se verifique que se encuentra estable, además de que sea autorizado por su médico responsable para ingresar a este taller. El terapeuta escoge la música que se empleara durante la sesión, da el encuadre terapéutico, da la técnica de relajación y dirige la actividad. Una vez concluida la sesión, se le invita al paciente a acudir a la siguiente actividad de rehabilitación.

### ***Musicoterapia***

La musicoterapia induce al paciente por medio de la música a la relajación tanto física como mental a través de una técnica de relajación, donde se integran los sistemas auditivo, visual y kinestésico.

Actividades:

- Relajación en posición semifowler.
- Relajación en posición supina horizontal.

De igual manera que en la relajación se inicia manejando un encuadre terapéutico similar, donde no se permite la entrada y salida de ninguna persona una vez

iniciada la sesión, se les pide mantener una posición cómoda durante toda la sesión, cerrar los ojos, no hablar, no levantarse, seguir las instrucciones del terapeuta ocupacional, escuchar la música, etc.

Da inicio la musicoterapia con un ejercicio de relajación a través de una de las técnicas conocidas por el terapeuta. Una vez conseguida la relajación se realiza una meditación del tema semanal, La música es el elemento fundamental para la actividad por lo que es seleccionada previamente, se puede utilizar música clásica, de relajación, instrumental, etc. Una vez concluida la meditación se saca lentamente al paciente de la relajación. Al terminar la sesión se les invita a los pacientes a acudir a la siguiente actividad. El terapeuta realiza el registro de la asistencia y valoración de cada uno de los participantes.

Los beneficios de la musicoterapia entre otros son: que facilita el aprendizaje de una respiración profunda, estimula el autocontrol, promueve la paz interior, le ayuda al paciente a encontrar tranquilidad ante momentos de estrés. Al integrar ambos hemisferios cerebrales, favorece la integración de emociones, sensaciones y pensamientos. También, estimula los dos hemisferios cerebrales; el izquierdo (responsable del análisis, lectura, escritura, secuencia y lógica) y el derecho (responsable de la creatividad, colores, símbolos, imaginación y abstracciones).

Se busca la integración de interacciones cognitivas emocionales simbólicas en la capacidad de ser y expresarse en un contexto social, manteniendo la mente ocupada en temas proactivos y positivos. Es un espacio de relajación y una herramienta más para controlar sus emociones (depresión, enojo, frustración y angustia). Estimula la percepción multisensorial.

La musicoterapia se realiza en el área del gimnasio y en el área de baile, ya que son dos sitios con todo lo necesario para que el paciente logre relajarse y concentrarse. El terapeuta es el encargado de coordinar y dirigir la actividad, selecciona la música y da el encuadre de la actividad.

### ***Terapia ocupacional***

Como se ha mencionado anteriormente el objetivo de la terapia ocupacional es prevenir y minimizar el deterioro del paciente, y de esta forma contribuir en el establecimiento de sus capacidades físicas y cognitivas, así como la promoción del desarrollo de sus sentimientos de independencia. Estas actividades son afines a cualquier patología.

Actividades:

- Trabajo con cerámica.
- Temas de dibujo libre.
- Actividades de reciclado.
- Técnica de seguimiento de puntos.
- Manualidades colectivas (adornos).
- Elaboración de figuras con plastilina.
- Elaboración de figuras con fieltro.
- Realización de figuras en 3D.
- Aplicación de técnicas de pirograbado.
- Elaboración de figuras con fomi.
- Técnicas de calcado e iluminado.
- Técnica de recortado y pegado.
- Trabajo de tarjetería española.
- Técnica de repujado.
- Realización de collages.
- Otras técnicas.

En la terapia ocupacional el terapeuta escoge la actividad, el material y equipo, y la técnica que se va a utilizar durante la actividad. El terapeuta evalúa las capacidades residuales del paciente y le proporciona una actividad, proporcionándole un espacio propicio para expresar o sublimar sus impulsos y necesidades emocionales. Se les da un encuadre terapéutico a los pacientes, si el usuario que acude a estas actividades no se puede valer por sí mismo o tiene algunas limitantes y cuenta con un acompañante terapéutico (cuidador), se le pide a este último que permanezca al pendiente del paciente y que lo ayude en lo que no pueda hacer, haciéndole entrega del material que utilizaran durante la sesión. Durante la actividad se dan las instrucciones del trabajo a realizar y se supervisa que se emplee el material y equipo de manejo restringido (tijeras, navajas, lápices, etc.) de manera adecuada, ya sea empleado por los pacientes o el cuidador. Durante la sesión, se da asesoría en caso de necesitarla a los pacientes y participantes a cerca del trabajo, al final de la sesión se guardan los sobrantes de los materiales y se hace entrega de los trabajos en caso de haberlos concluido, o

se guardan en el lugar asignado para continuar en la siguiente sesión. Por último se invita al paciente a acudir a la siguiente actividad programada.

En estas actividades se tienen como beneficio que los pacientes expresan sus tendencias, sus emociones e ideas de manera activa y no necesariamente de forma verbal. Siendo ésta una alternativa de canalizar su depresión, agitación, agresividad, culpa, narcisismo, dependencia, y tensión, etc. Por otro lado, se le estimula su atención, su creatividad y su iniciativa.

Además, se busca que el paciente tenga una actitud productiva que ayude a que se sienta satisfecho, aumentando su autoestima, el reconocimiento social del grupo y el fomento a su individualidad.

Realizando alguna de las actividades mencionadas, la mente del paciente se mantiene ocupada ya que al realizar una actividad productiva se logra una estabilidad emocional porque hace uso de su creatividad de manera proactiva y así se evita que tenga tiempo de rumiar ideas delirantes u otros pensamientos reactivos.

A través de la manipulación de objetos el paciente tiene satisfacciones reales y simbólicas, también le ayuda a controlar el estrés. Al mismo tiempo que se reeduca, también se pueden descubrir aquellas funciones mentales que no trabaja normalmente o que no ha utilizado en mucho tiempo, además de estimular sus capacidades y enseñarle a desarrollar nuevas, lo cual, puede permitirle ingresar a la sociedad con mayores capacidades y conocimientos que le ayuden a desenvolverse económicamente y ajustarse a los requerimientos de la sociedad, estos resultados se pueden comprobar en programas de otros hospitales psiquiátricos en terapia ocupacional (David y Guerao, 2004).

Estas actividades se llevan a cabo en un espacio diseñado para este fin el cual cuenta con una habitación lo suficientemente amplia para que puedan trabajar los pacientes que así lo deseen, con todos los implementos que se requieran (estiradores, mesas y sillas). A esta actividad se invita a todos los pacientes que puedan realizar estos trabajos y que se encuentren estabilizados, además de ser autorizados por sus médicos tratantes.

El terapeuta da las instrucciones de la actividad a realizar y tiene el control del equipo y material que se va a emplear en la misma y en la recolección de los estos al final. Por último, como en todas las actividades se les pide a los participantes que acudan a la actividad de rehabilitación que sigue. Una vez finalizada la actividad se hace el registro de asistencia y la evaluación de cada paciente.

### ***Taller de lectura comentada***

El taller de lectura comentada busca estimular en el paciente sus funciones cognitivas, como la memoria, el juicio y el razonamiento, habilitando su capacidad para el aprendizaje y cambio de actitud. La actividad es separada en horarios diferentes para las diferentes áreas de atención.

Actividades:

- Descubrir la grandeza de los cuentos. - Reflexionar la frase de la semana.
- Descubrir la riqueza de los poemas.
- Analizar los fragmentos de una novela.
- Profundizar lo que dicen los libros de superación personal.
- Descubrir como la ciencia nos habla (artículos).
- Otras actividades.
- Analizar los pensamientos que han pasado a la historia.

En esta actividad se reúne a los pacientes en el área de terapia ocupacional en los sillones colocados para dichas sesiones, el terapeuta trabaja empleando estímulos diversos que involucren funciones cognitivas, seleccionando las lecturas acopladas a la capacidad de comprensión del paciente, buscando la interacción grupal y estimula la participación de todo el grupo, una vez que se tiene todo lo anterior se inicia la sesión con el encuadre de la actividad, mencionando que las personas que han acudido a la actividad deberán permanecer dentro de la misma hasta finalizar la sesión y que en caso de tener alguna cita con el personal interdisciplinario a su cargo entonces tendrán que salir, si deciden permanecer dentro de la sesión lo harán hasta el final con el fin de mantener el orden y evitar las interrupciones de los participantes. Una vez dicho lo anterior, se inicia con la

lectura por parte de algún paciente o por el terapeuta, haciendo pausas dentro de la lectura para hacer las reflexiones pertinentes y obtener una retroalimentación de los pacientes. El terapeuta dirige cada una de las pausas y solicita la intervención de cada uno de los asistentes para que den su opinión acerca de la lectura, una vez finalizada la lectura, se hace una reflexión y retroalimentación final. Cabe hacer notar que la lectura en el caso del área de ansiedad y depresión es del tema semanal que se tocará en diferentes actividades. Ya finalizada la sesión, se invita a los participantes a acudir a la actividad siguiente y se realiza el registro de la asistencia y la evaluación correspondiente de los pacientes.

Esta actividad promueve el gusto por la lectura, estimula el pensamiento analítico y la concentración, ayuda a la construcción de pensamientos proactivos. También facilita la expresión verbal de ideas y emociones. Favorece el estímulo a la escucha y la empatía, fortaleciendo la tolerancia y el respeto por las opiniones ajenas. Por otro lado, desvía el pensamiento perturbado a uno más atento y controlado, mejora la calidad de vida del paciente durante su internamiento dentro de la institución y fuera de ella.

A través de la lectura se posibilita el desarrollo de patrones conductuales básicos en cuanto a responsabilidad y estructuración de las actividades cotidianas, fomenta la disciplina y limpieza de las actividades de higiene física, mental y espiritual. Eleva su autoestima y confianza en sí mismo a través de experiencias de logro. Estimula el área cognitiva, manteniendo sus pensamientos ocupados en la solución de una adivinanza o la reflexión de un cuento que se dejan como tarea para la siguiente sesión.

A través de la lectura comentada se busca estimular al paciente a que se incorpore a las actividades de rehabilitación y al desarrollo de metas proactivas para el futuro inmediato. Esta actividad le ofrece un espacio donde se favorece la concentración, la reflexión, la relajación y la proyección de una vida más confortable en sus áreas sociales, laborales, familiares y personales. Se le ayuda y enseña a controlar el estrés, el miedo, la depresión, la ansiedad, la ira y la frustración

### ***Encuentro literario***

El encuentro literario promueve la canalización de emociones y pensamientos del paciente de una manera creativa a través de la literatura y la escritura.

Actividades:

- Reflexión de contenidos en audio en discos compactos.
- Reflexión de contenidos en videos.
- Composición de cuentos.
- Composición de pensamientos.
- Adaptación de cuentos y fábulas.

Los participantes de la actividad se citan en espacios cerrados o al aire libre donde no haya interrupciones, una vez reunidos los pacientes se les proporciona el encuadre como en todas las actividades y se dan indicaciones de la actividad a realizar, en el caso de la lectura, se escogen algunas lecturas por la mayoría de los asistentes, se pide a varios de los participantes que lean partes del libro en voz alta, con el fin de disfrutar el contenido del libro. Si se decide realizar una lecto-escritura se les proporciona el material necesario y se inicia con la lectura, a los pacientes se les pide que expresen sus sentimientos de forma escrita acerca del tema o la lectura. Cuando se realizan las actividades de solo escritura, se pueden manejar varios temas entre ellos que realicen un plan de vida, una frase que realizarán a través de la semana, que creen un cuento, etc. Una vez finalizada la escritura, se les pide a algunos voluntarios que compartan sus escritos con el resto de los participantes, donde son retroalimentados por sus compañeros. Ya terminada la actividad se les invita a continuar en las actividades de rehabilitación y el terapeuta realiza el registro de asistencia y evaluación de los asistentes.

Es a través de esta actividad que se promueve el gusto por la escritura y la lectura, además de estimular la imaginación y la creatividad. Ayudando de esta manera a la construcción de pensamientos proactivos y a la expresión verbal y escrita de ideas de emociones, siendo esto importante en el caso de los pacientes con depresión. El encuentro literario favorece la escucha respetuosa, la lectura en

voz alta y la empatía, desvía el pensamiento perturbado a uno más atento y controlado, por último, también fortalece la tolerancia y respeto a las opiniones ajenas.

Esta actividad se lleva a cabo en lugares cerrados para evitar distracciones y que se puedan escuchar los contenidos de las actividades a realizar, principalmente se lleva en el salón de baile, en el gimnasio y en el salón de terapia ocupacional. El terapeuta ocupacional es el encargado de seleccionar la actividad y el material que se utilizará, también coordina y en su caso dirige al personal de apoyo.

### ***Cine debate***

En esta actividad se busca promover en el paciente la reflexión y el uso de las facultades intelectuales que le permitan emplear el tiempo en pensamientos productivos e interacciones significativas a través del cine.

Actividades:

- El cine mexicano.
- El cine clásico.
- Compartiendo el contenido de la película (diversos temas).
- Videos comentados.

El terapeuta selecciona las películas o videos y hace la invitación a los pacientes del área de ansiedad y depresión al cine debate, el cual se lleva a cabo en el área de terapia ocupacional. Los videos comentados es una actividad exclusiva de los pacientes con depresión. La idea del cine-debate es buscar películas que tengan que ver con temas acorde con casos prácticos y que demuestren situaciones en las que se tratan diversas temáticas de interés para los pacientes, con la idea de que se tome el ejemplo de las proyecciones para idóneamente poder trasladar algunas de las situaciones observadas a sus vidas, dichos contenidos favorecen el crecimiento grupal y personal. Una vez que se han reunido los pacientes, se les proporciona el encuadre de la actividad y se da inicio a la película o cortometraje, una vez finalizada la proyección se les pide a los concurrentes a que permanezcan en el sitio donde se encuentran para iniciar el debate, el cual consiste específicamente en hacer una mesa redonda en donde se discuta y se aporten

diferentes perspectivas, se hace una guía de preguntas y así empezamos a ver las opiniones de los asistentes. El terapeuta dirige el debate escogiendo a los participantes de forma aleatoria, buscando que la participación sea colectiva, estimulando el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para una comunicación significativa, sacando ventaja de las apreciaciones de todos los participantes. Una vez concluido el debate se dan algunas conclusiones y se invita a los pacientes a la siguiente actividad de rehabilitación. El terapeuta hace una evaluación de los asistentes y registra su asistencia.

Los beneficios observados en esta actividad es que promueve el análisis de lo que se observa, facilita la expresión verbal de ideas y emociones sobre un problema propio que es difícil expresar en grupo y fomenta el área crítica.

Estas actividades se llevan a cabo en el área de terapia ocupacional, en el auditorio y en el área de adicciones. Dichas actividades están restringidas para los cuidadores, sólo ingresan los pacientes.

### ***Educación para la salud***

Esta actividad ha sido creada para que el paciente obtenga un conocimiento de los conceptos básicos de su padecimiento y temas relacionados con su salud integral. Es una actividad común para todas las patologías, pero con horarios diferentes en cada una de las áreas. Ésta actividad es un pilar fundamental en el tratamiento de la depresión.

Actividades:

- Exposición del ponente con diversos temas sobre la salud por ejemplo:
  - o La autorresponsabilidad de mi malestar.
  - o La importancia de los medicamentos.
  - o ¿Qué es la enfermedad mental?
  - o Esquizofrenia.
  - o Trastorno depresivo mayor
  - o Trastorno bipolar.
  - o Trastorno de personalidad.

- Depresión.
  - Síntomas que hay que atender.
  - La enfermedad ¿limita o incapacita?
  - Autocuidado e higiene personal.
- Sociodramas.
  - Reflexión en grupos.
  - Reflexión personal.

Se cita a los pacientes del área de depresión en el salón de terapia ocupacional donde se tiene la infraestructura para llevar a cabo las exposiciones y el paciente se encuentre lo más cómodo posible. El terapeuta verifica que los temas que se van a exponer estén preparados adecuadamente, seleccionando el material didáctico idóneo para sus explicaciones, se reúne con los pacientes y se les proporciona el encuadre de la actividad, el tema que se tocara durante la sesión, se presenta al expositor y se inicia la sesión. Algunas de los temas de interés para los pacientes con depresión son: “Trastorno depresivo”, “¿Qué es la enfermedad mental?”, “Autocuidado”, “Ansiedad”, “Paz interior”, “Trastornos de personalidad”, “Depresión y ejercicio” y “Trastornos de la conducta alimentaria”, entre otros. Durante la sesión se emplea un lenguaje coloquial adaptado a los conocimientos y nivel de los pacientes. En la última parte de la actividad se abre un espacio para preguntas y respuestas. Una vez finalizada la sesión se despide al expositor y se invita a los pacientes a participar en las siguientes actividades, el terapeuta realiza la evaluación de la participación de los pacientes y su registro de asistencia.

Se puede observar que la educación para la salud es una actividad muy importante en el proceso de rehabilitación del paciente con depresión durante su estancia en la clínica, ya que promueve la conciencia de enfermedad, estimula la aceptación en la ingesta de los medicamentos, favorece la aceptación y responsabilidad propia del padecimiento, ayuda a la aclaración de dudas sobre su enfermedad y a tomar conciencia de los síntomas propios de su padecimiento para que una vez que regrese a sus actividades cotidianas y en caso de que se

llegaran a presentar nuevamente, pueda solicitar ayuda en el momento oportuno (Lara, Navarro, Navarrete, 2004).

La educación para la salud se imparte en el salón de Terapia ocupacional, donde se colocan los implementos necesarios para exponer el tema como lo son computadora, cañón, televisión, DVD, láminas, etc. El terapeuta ocupacional se encarga de coordinar a los exponentes o en caso necesario imparte el tema programado.

### ***Estimulación cognitiva***

La presente actividad busca estimular en el paciente sus funciones cognitivas tales como la memoria y atención, evitando el deterioro de sus capacidades residuales.

Actividades:

- Técnicas para recordar el pasado.
- Técnicas para estimular la concentración.
- Construcción de ideas.
- Técnicas para estimular la imaginación.
- Técnicas de integración grupal.

A los participantes de esta actividad se les cita en el salón de terapia ocupacional donde una vez reunidos se les da el encuadre de la actividad como en todas las actividades de rehabilitación y se da inicio a la sesión pidiendo a los participantes que realicen la técnica señalada por el terapeuta, la cual puede consistir en escribir una historia, hacer un collage, inventar una canción, inventar un cuento, narrar un suceso importante en su vida, etc. Al terminar el trabajo, se le pide que lo comparta con los demás asistentes y se da una retroalimentación. Una vez que todos los pacientes participan, se da una conclusión y cierre de la actividad. Por último, se les invita a la siguiente actividad, se registra su asistencia y se hace la evaluación correspondiente de los asistentes.

Por medio de la estimulación cognitiva se fortalecen las capacidades residuales a nivel mental. También estimula la memoria y la concentración, la construcción de pensamientos proactivos y favorece el aprendizaje. Los pacientes con depresión

encuentran un espacio donde expresar sus ideas sin temor a ser criticados lo cual favorece su recuperación y la elevación de su autoestima.

### ***Actividad lúdica***

La actividad lúdica facilita en el paciente el análisis de un tema mediante la aplicación de una técnica de enseñanza-aprendizaje a través de diversa dinámicas en forma de juego, estimulando su concentración, memoria y asociación de ideas. Esta actividad se imparte de forma separada en cada una de las patologías.

Actividades:

- Técnicas de análisis.
- Técnicas de reflexión.
- Técnicas vivenciales.

Dependiendo del tema semanal, se cita al paciente en el área correspondiente, una vez reunidos los pacientes, se les proporciona el encuadre de la actividad, cuyo objetivo es tocar el tema de una forma divertida y diferente. Una vez aclarados los puntos, se da inicio a la actividad, puede ser con pelotas, construyendo maquetas, contestando cuestionarios, jalando la cuerda, vasos con agua, comparación de dibujos, etc. Ya terminada la actividad lúdica, se hace una reflexión acerca del contenido de la actividad y se menciona el tema a que hace alusión y que se tocará durante toda la semana a través de diferentes actividades. En el caso de las técnicas vivenciales, a esta sesión no ingresan los cuidadores, solo ingresan los pacientes ya que el objetivo es que compartan libremente sus experiencias a cerca del tema que se esté tratando. Al término de la actividad, se les invita a las siguientes actividades, se hace el registro de asistencia y la evaluación del paciente dentro de la sesión.

Esta actividad despierta el interés por el aprendizaje de forma amena y profunda, favoreciendo el aprendizaje, de la misma forma baja los niveles de estrés y angustia para poder abordar un tema con mayor tranquilidad. Dado que es una actividad en forma de juego facilita la concentración y la memoria, integrando ambos hemisferios cerebrales.

Estas actividades se pueden llevar a cabo en diferentes sitios de la clínica, pero principalmente se realiza en la cancha de fútbol y en el salón de terapia ocupacional. El terapeuta ocupacional coordina y dirige la actividad.

### ***Control de síntomas***

Al entrenar las habilidades del paciente, podrá enfrentar favorablemente las situaciones de vida socioafectiva que se le presenten, por eso es de vital importancia esta actividad. Nuevamente esta actividad es restringida para los cuidadores y separada en grupos de pacientes de la misma patología.

Actividades:

- Orientación psicológica grupal.
- Orientación psicológica individual.

Se reúne al grupo de pacientes del área de ansiedad y depresión en el salón de terapia ocupacional, se da el encuadre de la actividad y se da inicio con la actividad, donde la participación se va dando a través de una forma voluntaria, el por qué fue internado en la clínica, se expresa acerca de los signos y síntomas de su enfermedad, las dudas que tiene acerca de ellos, cómo los han tratado, los efectos de sus medicamentos y sus efectos secundarios. Pueden pronunciarse acerca de cómo son atendidos por el personal, el retorno a casa y a las actividades rutinarias, y temas afines. Una vez recibida la retroalimentación, el terapeuta les da la palabra a otros participantes y se hace cargo de dar el cierre de la sesión. La orientación individual se hace en un consultorio o en un lugar apropiado y cómodo para el paciente, con el fin terapéutico pertinente, para esta actividad se le cita al paciente en ciertos horarios establecidos. Una vez terminada la sesión se les invita a las siguientes actividades, hace el registro de asistencia la evaluación de los participantes.

El control de síntomas estimula el control, promueve la catarsis, facilita estrategias al paciente para enfrentar la vida diaria, facilita herramientas para las relaciones interpersonales, estimula también la integración familiar, laboral y social, y promueve la solución de conflictos y problemas concretos.

### ***Charlas integrales***

Esta actividad estimula y mantiene en el paciente las funciones cognitivas como: memoria y atención evitando el deterioro de sus capacidades residuales. Esta actividad es para los diferentes grupos pero con horarios diferentes.

Actividades:

- Técnicas para recordar el pasado.
- Técnicas para estimular la concentración.
- Construcción de ideas.
- Técnicas para estimular la imaginación.

El terapeuta escoge la técnica que se utilizará en la actividad y reúne a los pacientes en el área de terapia ocupacional, donde se forma una mesa redonda y se hará la construcción de ideas que propicien el desarrollo humano en el que cada semana se reúne a los pacientes a explorar distintos temas que les permiten ser personas más plenas y productivas, con esta actividad se logra la integración y la suma de esfuerzos para lograr las metas terapéuticas. El programa de temas es diseñado en conjunto por el grupo y el terapeuta. Es labor de este último coordinar la sesión y mantener el orden durante la actividad. Un ejemplo de las charlas integrales es el compartir la experiencia vivencial del tema semanal entre los pacientes, donde se observa la necesidad del paciente con depresión, de expresar sus pensamientos y experiencias con el resto de sus compañeros. Una vez concluida la actividad se invita a los asistentes a las actividades subsecuentes, el terapeuta hace el registro de la asistencia y la evaluación del paciente.

Las charlas integrales fortalecen las capacidades residuales a nivel mental, estimulan la memoria y concentración, favoreciendo el aprendizaje y estimulando la construcción de pensamientos proactivos, piezas fundamentales en la depresión.

### ***Tema libre***

La presente actividad enseña al usuario algunas estrategias con el fin de desarrollar y mantener sus habilidades socioafectivas sobre aspectos que a él en particular le interesan en las diferentes áreas en que se desenvuelve.

Actividades:

- Exposición por parte del paciente de algún tema de su interés.
- Exposición por parte del paciente de un tema de su dominio profesional.
- Exposición por parte del usuario de alguna vivencia que desee compartir.
- Expresión de las inquietudes sobre algún tema que se desee comprender más.

El terapeuta selecciona al paciente entre varios candidatos para exponer sus experiencias al resto de los integrantes del grupo, hace la planeación de la actividad junto con el paciente, proporcionándole ideas, seleccionando y organizando la información. Al inicio de la sesión hace la presentación del expositor y proporciona el encuadre de la actividad, durante la actividad da apoyo logístico y coordina la sesión. El conferencista lleva a cabo su exposición y aclara las dudas de los asistentes, además de recibir la retroalimentación de sus compañeros. Ya finalizada la sesión, se le agradece su asistencia y el haber compartido sus experiencias y se invita a los pacientes a la actividad que sigue, mientras el terapeuta registra la asistencia y evalúa a los asistentes.

Al compartir la experiencia vital de momentos significativos de la propia historia, ayuda a adquirir herramientas para opinar ante los demás y a organizar de forma clara las ideas que desea compartir con los demás. Se busca que pueda valorar sus propias experiencias, favoreciendo un clima donde puede compartir y expresar verbalmente sus emociones, ideas en grupo, lo que da la oportunidad de que sea consciente de su participación social, su responsabilidad, su cooperación y que sienta que forma parte del grupo mismo. Además puede ser un espacio donde pueda desahogar sus preocupaciones y dudas de manera verbal, manteniendo su mente ocupada en temas proactivos y positivos. Esta actividad permite mantener actualizado al paciente de eventos recientes que se manejan en el mundo exterior

al investigar los temas de su interés. Esta actividad es una de las que más gustan a los pacientes con depresión, ya que se sienten escuchados por sus compañeros y ven las cosas buenas que han realizado dejando a un lado los pensamientos negativos que en ese momento rondaban por su cabeza, dándose cuenta lo importantes que son para otras personas y para ellos mismos.

### ***Mapas mentales***

Los mapas mentales estimulan las funciones cognitivas del paciente, habilitando su capacidad para el aprendizaje, planeación, creatividad y memoria. Esta actividad se divide por grupos de pacientes con una patología afín. Es una actividad para los diferentes grupos pero con horarios diferentes.

Actividades:

- Elaboración de un mapa mental del tema semanal.
- Diseño de un mapa mental sobre un proyecto.
- Dibujo de un mapa mental utilizando solamente figuras.

El terapeuta selecciona el mapa mental del tema semanal que corresponde e invita a los pacientes del área de ansiedad y depresión a participar en la actividad, se citan en el salón de terapia ocupacional. Una vez que han ingresado los asistentes, se da inicio con el encuadre de la actividad, se les proporcionan hojas para que dibujen o elaboren su mapa mental, se les reparten lápices de colores para que utilicen uno diferente al plasmar cada uno de los contenidos del mapa mental. Los mapas mentales están programados con temas diversos durante seis meses, se tocan temas como: “El Amor”, “La Autoestima”, “La Invasión de Terrenos”, “El Decidir”, “Los Valores”, “El Perdón”, “La Vida”, “La Independencia”, etc. Durante la sesión se les pide a los pacientes que vayan construyendo el mapa mental con la guía del terapeuta, proporcionando una lluvia de ideas acerca del tema, iniciando por una definición. Una vez construido el mapa mental, se hacen algunas reflexiones del tema y se les pide que compartan su experiencia vivencial del tema al siguiente día con sus compañeros, y se les invita a las siguientes actividades.

Es a través de esta actividad que se integran ambos hemisferios cerebrales, facilita el plasmar de forma secuencial y creativa las ideas, favoreciendo la memoria. Al estimular los dos hemisferios cerebrales, podemos tener como resultado que en el izquierdo se hace el análisis, lectura, escritura, secuencia y lógica; mientras que en el derecho se ubica la creatividad, colores, símbolos, imaginación y abstracciones. Sin duda, ayuda a tener a la mano todo el tema y la ruta práctica para llegar a la meta, haciendo una integración de interacciones cognitivas y emocionales, además de simbólicas en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial.

A parte de mantener la mente ocupada en temas proactivos y positivos, se ejercita la memoria a corto y largo plazo, se ofrece una herramienta de aprendizaje y permite la realización de proyectos de vida.

### ***Orientación psicológica grupal***

Es un grupo psicoterapéutico, donde se busca un espacio que le permita al paciente expresar sus estados emocionales y psicológicos para recibir retroalimentación del grupo y del terapeuta, utilizando las fortalezas de carácter individual con repercusión grupal. Actividad exclusiva para los grupos de adicciones y depresión, con horarios distintos.

Actividades:

- Dinámica grupal
- Sociodramas
- Catarsis
- Ensayo de habilidades
- Práctica de habilidades de comunicación

La orientación psicológica grupal es una alternativa profesional para la rehabilitación del paciente con ansiedad y depresión, es tan sólo parte de un tratamiento más extenso que incluye la participación de otras disciplinas, la asistencia a estas sesiones es semanal y se centra en la prevención de recaídas. El terapeuta para el proceso mismo de la orientación psicológica de grupo,

consigna que en cada sesión se desarrolle éste fundamentándose en el marco teórico de la psicología de grupo según el enfoque que él prefiera manejar o escuela que proporcione las bases para interpretar y explicar científicamente los diversos fenómenos o conductas grupales, así como para su dirección, manejo o realización de la sesión

El terapeuta dirige la orientación a bajar la tensión de los pacientes y a constituir un ambiente de grupo. Después, determina las necesidades del grupo, luego los miembros del grupo tendrán que priorizar dichas necesidades, tomando sus propias decisiones hasta elegir aquella necesidad como prioritaria a solucionar o a trabajar para su logro. Se fomenta la cohesión y los sentimientos de pertenencia con el objetivo del grupo, el cual en nuestro caso es la ansiedad y la depresión, también se busca que el paciente muestre su espontaneidad al recrear, postular, opinar o manifestarse, dentro de la sesión, buscando que ésta sea más por autodeterminación que por presión del grupo. Los aportes de cada uno son importantes y se busca la retroalimentación de los hechos y las consecuencias de los mismos, exponiéndolo de manera descriptiva, sacando una conclusión que puede consistir en una tarea a seguir o una propuesta a ser reevaluada en la siguiente sesión, previo esfuerzo en el campo real o contexto de la organización. El proceso se centra en proporcionar las condiciones para que los participantes puedan experimentar u obtener vivencias significativas basándose en su propia toma de decisiones sobre las actividades y la asunción de roles y funciones para el cumplimiento de las tareas durante la orientación psicológica grupal. Por otro lado dichos desempeños serán evaluados e inferidos sobre el modo cómo asumen sus responsabilidades en la organización, conocimiento de que el psicólogo dispondrá para analizar la personalidad y los mediadores psicosociales. Una vez terminada la sesión se invita a los asistentes a seguir en las actividades de rehabilitación psicosocial, el terapeuta hace el registro de asistencia y evaluación de los asistentes.

La orientación psicológica grupal facilita la catarsis y la expresión de contenidos emocionales psicológicos, creando un ambiente de contención. Estimula

conductas de altruismo y empatía, ofrece herramientas para profundizar en los contenidos de autoreflexión y de aprendizaje, mejora las habilidades de comunicación e interacción grupal, además de favorecer los procesos de espejeo y toma de conciencia. Las habilidades sociales se ensayan a través de ésta actividad, de igual manera el respeto y tolerancia hacia los demás.

#### **3.4.1 Duración de las actividades**

El servicio de rehabilitación es permanente durante la hospitalización del paciente, pretendiendo favorecer su adaptación al medio hospitalario mientras se encuentre internado, recibiendo este beneficio. El trabajo de rehabilitación está bajo las prescripciones médicas, donde a juicio y criterio del médico tratante se determina el tiempo de estancia en la clínica, variando en cada uno de los pacientes.

#### **3.4.2 Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión que debe cubrir el paciente para que se le permita asistir a las actividades del departamento de rehabilitación son los siguientes:

- 1.- Pertenecer al grupo homogéneo que le corresponde según su diagnóstico actual.
- 2.- Ser capaz de seguir y comprender instrucciones.
- 3.- Ser coherente y congruente en su discurso.
- 4.- Estar orientado en tiempo espacio y persona.
- 5.- Contar con capacidad físico-mental de realizar las actividades.
- 6.- Contar con la autorización de su médico tratante.

#### **3.4.3 Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión del usuario son aquellos que impiden al paciente que asista a las actividades del departamento de rehabilitación y son los siguientes:

- 1.- No pertenecer al grupo homogéneo de acuerdo a su diagnóstico.
- 2.- Manifestar riesgo de autoagresión.
- 3.- Manifestar riesgo de heteroagresión.

- 4.- Presentar efectos secundarios del medicamento que no le permitan realizar las actividades.
- 5.- Presentar impregnación de medicamentos que no le permitan realizar un mínimo de actividades.
- 6.- Tener una discapacidad físico-mental que le impida realizar las actividades.
- 7.- Estar desorientado en tiempo, espacio y lugar.
- 8.- Por indicación del médico tratante.

#### **3.4.4 Criterios de baja del programa de rehabilitación**

Los criterios de baja del programa para el paciente son los siguientes:

- 1.- Manifestar autoagresión.
- 2.- Manifieste heteroagresión.
- 3.- Presentar desapego a las reglas de la actividad.
- 4.- Inasistencia injustificada por más de tres sesiones.
- 5.- Incapacidad física o psicológica.
- 6.- Tener alta por su médico tratante.
- 7.- Romper el encuadre terapéutico.

#### 4. Análisis y evaluación

Se ha observado que la rehabilitación psicosocial concierne a todas aquellas áreas relacionadas con la atención de pacientes con alguna enfermedad mental, esta enseñanza debe darse con actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, alimentarse, asearse, vestirse, afrontar el día a día) porque de esta manera se promueve la adquisición, generalización y mantenimiento de las habilidades con las que contaba hasta antes de adquirir la enfermedad, que son necesarias en situaciones sociales e interpersonales del paciente, para ello, la rehabilitación psicosocial proporciona el entrenamiento adecuado en el contexto de experiencias reales y cotidianas, no en encuadres cerrados, como lo pudiera ser el tratamiento médico sin otro apoyo, obteniéndose mejores resultados si este último forma parte de un planteamiento global.

Estos resultados de la rehabilitación psicosocial en la clínica se observan directamente en los pacientes, que al participar dentro de las diferentes actividades muestran avances visibles en su recuperación, por ejemplo: socializan más fácilmente, teniendo un mayor número de acercamientos con sus compañeros, tienen cambios significativos en su conducta y un mejor apego a su tratamiento médico, lo cual puede comprobarse en la hoja de evolución de cada uno de los pacientes. En la tabla 2 se muestra el número de participaciones de los pacientes con ansiedad y depresión en las actividades del programa de rehabilitación psicosocial (CSR, 20010c).

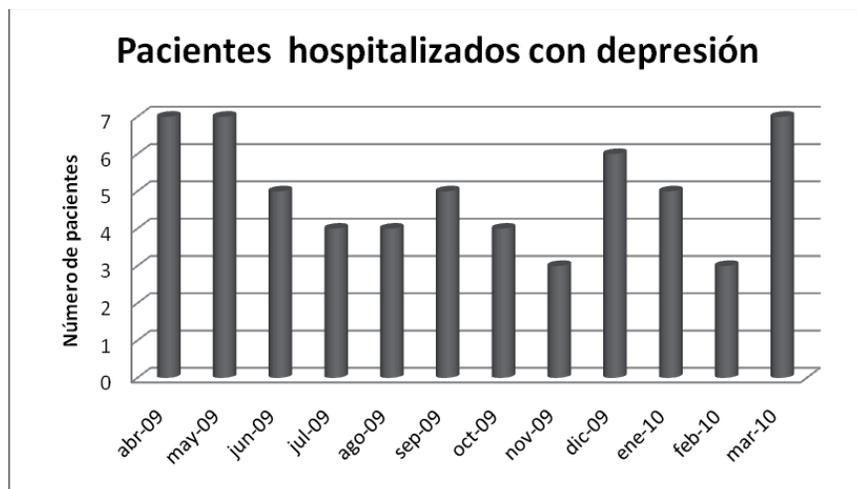
Tabla 2



Fuente: Informe anual de Rehabilitación Psicosocial Clínica San Rafael 2009-2010.

Por otro lado, el número total de personas hospitalizadas en el área de depresión nos muestra que la mayoría de los internos participó en las actividades de rehabilitación psicosocial, teniendo en promedio una estancia hospitalaria de cuatro semanas (este lapso de tiempo depende del médico tratante y de la evolución del individuo). Tenemos que de un total de 78 pacientes hospitalizados por depresión, 60 se integraron a las actividades del departamento de Rehabilitación Psicosocial, a continuación en la tabla 3 se muestra el número promedio mensual de usuarios con depresión que se integraron a las actividades (CSR, 2010d).

Tabla 3.



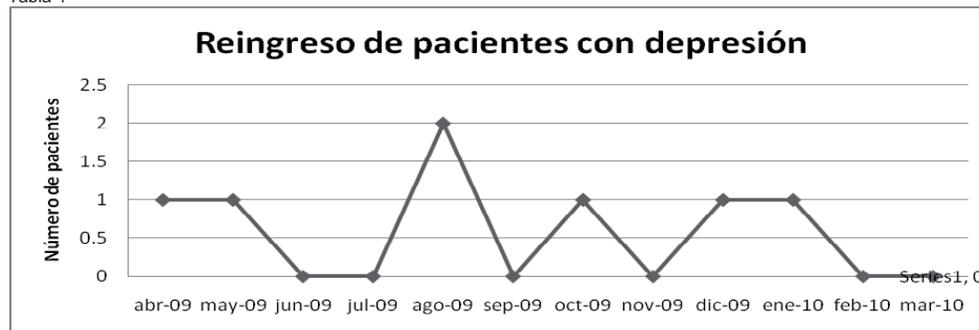
Fuente: Registro de ingreso de pacientes. Trabajo Social Clínica San Rafael 2009-2010.

Por otro lado, hemos observado que los pacientes depresivos cuyos síntomas de enfermedad han disminuido y que se encuentran con cierto avance en su tratamiento, involucran de forma indirecta o en ciertas ocasiones de forma directa, a los pacientes de reciente ingreso, haciéndose acompañar de éstos o de los que no han querido participar en las actividades, invitándolos a integrarse en los grupos, comentándoles cuál ha sido su experiencia y los beneficios obtenidos.

Entre los objetivos y criterios de resultados terapéuticos destacan el aumento de conocimientos generales sobre la patología por parte del paciente, en nuestro caso la depresión. Como ejemplo hay un claro cambio de actitudes disfuncionales en el usuario, también logra la identificación de variables de resiliencia, adquiere las habilidades de comunicación intrafamiliar, obtiene las herramientas que le permitirán detectar de forma temprana los síntomas de recaídas y así lograr la reducción del impacto emocional. Por lo anterior, es que dentro de la rehabilitación del paciente es positiva la integración de la familia para la recuperación adecuada del paciente cuyo objetivo es el de facilitar el proceso terapéutico y la adecuada reintegración a su vida familiar, social y laboral. Hemos visto que el tiempo de hospitalización se reduce en estos pacientes y al egreso de la clínica se integran con mayor facilidad y prontitud a las actividades que desempeñaban antes de su internamiento, ya sea su empleo, escuela u hogar.

También se ha observado que los reingresos de pacientes con depresión que han participado de las actividades de rehabilitación son menos; en estadísticas del departamento se encuentra que de 78 pacientes con depresión en el último año abril 2009-marzo 2010, tan sólo han reingresado 7 en este mismo lapso de tiempo (ver tabla 4) (CSR, 2010d), éstos son pacientes crónicos y los que no son crónicos generalmente prefieren no integrarse a las actividades de rehabilitación por tener alguna otra patología asociada, por ejemplo un trastorno de personalidad, adicción, etc. Por lo que son canalizados a otros grupos de trabajo.

Tabla 4



Fuente: Registro de ingreso de pacientes. Trabajo Social Clínica San Rafael.

A través de información proporcionada por parte del área de trabajo social, hemos identificado que los pacientes que participan en las actividades de rehabilitación psicosocial, al salir de la clínica buscan continuar con sus tratamientos médicos, le dan una gran importancia a fortalecer la parte psicológica y buscan el apoyo terapéutico cuyo objetivo es conseguir una recuperación apropiada y duradera. Dado lo anterior y de acuerdo a estadísticas hechas por los trabajadores sociales, de la clínica San Rafael, se observa que el 90% de familiares que son entrevistados cuando sus pacientes egresan por alta médica, tienen un buen nivel de satisfacción acerca de las actividades de rehabilitación y solamente el 10% no lo percibe de esta manera, esto debido a factores atribuibles a las instalaciones de la clínica, al personal de rehabilitación psicosocial, al mismo paciente o al personal de otras áreas (CSR, 2010e).

Tabla 5



Fuente: Encuesta de satisfacción de la familia al egreso del paciente TS CSR 2010.

## **5. Conclusiones**

La atención de pacientes en una clínica psiquiátrica debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad. Por otro lado, dentro de la salud mental los psicólogos tenemos un campo muy amplio de desarrollo que hemos ido descubriendo y que poco a poco vamos conociendo y luego actualizando de acuerdo a la patología del paciente y los momentos que vivimos en nuestro país, motivo que nos lleva a involucramos en programas de intervención psicosocial, cuyo objetivo es la modificación de conductas de riesgo hacia conductas de protección en pacientes con depresión. Se puede observar que en el programa de rehabilitación psicosocial los puntos siguientes se cumplen sistemáticamente ya sean las prescripciones médicas, la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, la solicitud de apoyo social, familiar y comunitario, la atención de la invalidez que la enfermedad puede causar y la rehabilitación en todos los campos de la salud mental que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario.

Tomando en cuenta que la depresión para el año 2020 será la segunda causa de ausentismo laboral tan sólo atrás de los accidentes laborales (punto 2.1.5), los programas de rehabilitación psicosocial deberán seguir desarrollándose con la pretensión de difundir el conocimiento respecto a las habilidades para la vida que requiere el sujeto con depresivo.

Por otro lado, en los inicios de la clínica San Rafael las personas que sufrían trastornos mentales estaban atados con cadenas o sujetadores, con el tiempo, las cadenas fueron substituidas por técnicas terapéuticas y fue evidente que los pacientes mejoraron, pero ahora no podemos quedarnos en esa etapa, debemos explicar y argumentar que no todas las actividades valen para todos los usuarios, que estos últimos tienen que ser valorados y sujetos a una rehabilitación psicosocial acorde a sus necesidades de forma personalizada.

Es por ello que los programas de rehabilitación psicosocial deben actualizarse día con día y no quedarse dentro de la concepción de meros ejecutores de actividades físicas y sociales, cuya pretensión es mantener ocupada la mente del

enfermo mental, tiene que ir más allá del entrenamiento en habilidades sociales, artísticas y deportivas, es decir buscar la integración del paciente a su contexto socio-cultural.

Por otra parte, es muy importante que la práctica profesional de la rehabilitación psicosocial se base en un modelo teórico amplio donde se integren diversas corrientes terapéuticas de referencia, por lo que la elección de un modelo teórico tendría que sustentarse en la evidencia de los resultados de las terapias con pacientes que han recibido este tipo de servicio y no únicamente en la implementación de un tipo de terapia para todas las sesiones de rehabilitación con un fin académico. Dado que en la práctica los resultados nos muestran que no todos los pacientes funcionan con la misma terapia.

Por lo anterior me atrevo a mencionar que la competencia profesional del propio terapeuta no debe basarse solamente en sus propios valores y creencias o en la filosofía de un solo tipo de terapia, ni tampoco en sus propias habilidades funcionales de ejecución laboral, ni incluso, en sus propias destrezas en la realización ocupacional de sus tareas; sino debe tener en cuenta el ambiente y la cultura de los sujetos participantes en los programas, es decir, el ambiente de la rehabilitación psicosocial está sustentado en un paradigma científico que no podemos obviar en nuestro quehacer profesional como psicólogos y que da resultados variables.

Es digno de destacar que el trabajo en una clínica psiquiátrica no es sencillo y requiere de gran responsabilidad porque se está trabajando con enfermos mentales que requieren de mucha atención del personal que trabaja en ella, y dado que cada paciente es diferente, también lo es su tratamiento. Por ello, los diferentes servicios se encargan de las diferentes actividades que les competen haciendo que el paciente adquiera el apego al tratamiento como parte de un equipo interdisciplinario cuyo objetivo es que se recupere de forma apropiada, y pueda reintegrarse a las actividades que venía desarrollando antes de ser internado. En una clínica psiquiátrica es importante contar con el servicio de rehabilitación psicosocial, ya que el paciente cuenta con más opciones de trabajo

y actividades, donde no sólo se le pasa el tiempo más rápido, sino que tiene la posibilidad de adquirir las herramientas y habilidades para la vida con las que no cuenta en ese momento, proporcionándole varias opciones para adquirirlas, estas pueden ser: actividades físicas, de relajación, sociales, cognitivas, manuales y recreativas.

Dado que las actividades que ofrece el departamento son variadas buscando que sean atractivas para los pacientes con depresión, se evita que estos estén rumiando ideas u ocultos en su habitación, permitiendo que el paciente este ocupado en actividades productivas, facilitando la observación de su conducta en las actividades y el cuidado del paciente dentro de la clínica, así como la evolución de su recuperación.

Las demandas del servicio de psiquiatría para pacientes con depresión va en aumento debido a los factores estresantes que vivimos día a día, lo cual genera que la gente que padece las enfermedades mentales se incremente, y dado que no tenemos una cultura de prevención en nuestra salud y menos en la salud mental, los casos de personas que requieren una hospitalización aumentan lo que genera más trabajo para todo el equipo interdisciplinario que atiende a este tipo de enfermos, por lo tanto, tenemos que adecuarnos a esas exigencias como profesionales, capacitándonos, innovando y actualizándonos en nuevas técnicas de intervención que sean no sólo atractivas, sino efectivas.

En seguida se mencionan algunas de las limitantes que se tienen en el departamento de rehabilitación psicosocial que son:

- El tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes es variable, oscila entre dos semanas y tres meses, lo cual depende del médico tratante, si la permanencia es menor a dos semanas este tiempo se utiliza para el diagnóstico y la realización de diversos estudios, por lo que las terapias de rehabilitación psicosocial pasan a un segundo término, puesto que no hay tiempo para ellas.
- El trabajo de rehabilitación comienza cuando el médico ha terminado la valoración del paciente y no cuando ingresa a la hospitalización.

- En ocasiones no se puede trabajar en las actividades con los pacientes porque están ocupados en otras áreas del equipo interdisciplinario, por ejemplo: Laboratorio, Trabajo social, Psicología (realizando entrevistas, pruebas psicológicas o en terapia individual), etc.
- Lo agudo de su enfermedad.
- Los efectos secundarios de sus medicamentos no le permiten al paciente concentrarse o permanecer dentro de las actividades, por lo cual se tiene que retirar a su habitación.
- La condición física del paciente no le permita ingresar a las actividades. (presente un estado psicótico agudo ó una lesión física).
- La falta de comunicación estrecha con todo el equipo interdisciplinario, ya que muchos médicos son externos a la clínica y sólo revisan los reportes del expediente del paciente, no se comunican de forma directa con el personal de Rehabilitación Psicosocial.

Hay que trabajar en los puntos anteriores para lograr una mejor calidad en el tratamiento del paciente con depresión, realizando un programa acorde no sólo a las necesidades del paciente, sino a la programación de actividades de otros departamentos, garantizando que el paciente reciba los máximos beneficios del servicio, con buena comunicación entre los integrantes del grupo de atención.

Todo lo mencionado anteriormente consume mucho tiempo y dado que los médicos externos generalmente valoran y tratan a sus pacientes en el tiempo que tienen libre, aunado a que tienen que ver a más de uno, prestan muy poca atención a lo que hace su paciente durante su estancia, preocupándose principal y básicamente por su alimentación, conducta y medicinas.

Lo anterior implica un gran reto si es que queremos mejorar nuestro trabajo en beneficio del paciente. En cuanto a las otras áreas de la clínica, es difícil hacer coincidir los horarios porque son actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente. Por último, hay que resaltar que aún con una organización ideal siempre habrá algún paciente que no quiera acudir al programa de rehabilitación psicosocial.

## Referencias

### Libros

- Alberro, S. (2005). *Apuntes para la historia de la orden hospitalaria de San Juan de Dios en la Nueva España, 1604-2004*. México: Dirección de Publicaciones del Colegio de México.
- American Psychiatric Association (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Barcelona: Masson.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R. y Farkas, M.D. (1988). *The role of the family*. Estados Unidos de América: Center of Psychiatric Rehabilitation.
- Burton, R. (1997). *Anatomía de la melancolía*. Madrid: Siglo XXI.
- Clínica San Rafael (2010a). *Programa de Rehabilitación Psicosocial*. Publicación inedita disponible en el departamento de Rehabilitación Psicosocial de la Clínica San Rafael, ubicada en Av. Insurgentes sur Núm. 4177 Col. Santa Ursula Xitla México D.F.
- Clínica San Rafael (2010b). *Manual de procedimientos del departamento de rehabilitación psicosocial*. Publicación inedita disponible en el departamento de Rehabilitación Psicosocial de la Clínica San Rafael, ubicada en Av. Insurgentes sur Núm. 4177 Col. Santa Ursula Xitla México D.F.
- Clínica San Rafael (2010c). *Informe anual de rehabilitación psicosocial abril 2009 - marzo 2010*. Publicación inedita disponible en el departamento de rehabilitación psicosocial de la Clínica San Rafael, ubicada en Av. Insurgentes sur Núm. 4177 Col. Santa Ursula Xitla México D.F.
- Clínica San Rafael (2010d). *Registro de ingreso de pacientes Trabajo Social*. Publicación inedita disponible en el departamento de trabajo social de la clínica San Rafael, ubicada en Av. Insurgentes sur Núm. 4177 Col. Santa Ursula Xitla México D.F.

- Clínica San Rafael (2010e). *Encuesta de satisfacción de la familia al egreso de la clínica trabajo social*. Publicación inedita disponible en el departamento de trabajo social de la clínica San Rafael, ubicada en Av. Insurgentes sur Núm. 4177 Col. Santa Ursula Xitla México D.F.
- De Bernardo y Gutiérrez A. M. (1990). *Yo, Juan de Dios: "Hermano de todos"*. Bogotá: Editores de Colombia.
- Del Prette, A. y Del Prette Z. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. México: Manual Moderno.
- Gisbert, C. (Coord.) (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González, J.J., Romero, J. y De Tavera, F. (1993). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.
- Klerman, L., Weissman, M., Rounsaville, B. y Chevron, S. (1996 [1984]). *Interpersonal psychotherapy for depression*. En: "Essential papers on short-term dynamic therapy". New York: University Press.
- Mendoza, E. (2010). *Código ético de la salud*. México: Manuscrito inédito.
- Montgomery, S. y Rouillon F. (edit) (1991). *Tratamiento a largo plazo de la depresión*. Inglaterra: Wiley.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJ) (1998). *Dimensión misionera de la orden Hospitalaria de San Juan de Dios: "profetas en el mundo de la salud"*. (Vol. 13). Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2000). *Carta de identidad de la orden hospitalaria de San Juan de Dios: "La asistencia a los enfermos y necesitados según el estilo de San Juan de Dios"*. Bogotá: SELARE.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1969). *Comité de expertos de la OMS en rehabilitación médica. Segundo informe (Serie de informes técnicos)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10)*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (1993). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud y Comisión Europea de Salud (2005). Declaración de Helsinki y Plan de Acción en Salud Mental. "Conferencia Ministerial sobre Salud Mental". Ginebra: OMS.
- Phares, E. (2004). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: 2ª edición Manual Moderno.
- Plaza, G. (Ed.). (1974). *Libro azul: "Hospital San Juan de Dios"*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Rodríguez, A. (Ed.) (1997) , *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rumbaut, D. (1978). *John of God: his place in the history of psychiatry and medicine*. Miami: Ediciones Universal.
- Sánchez, C. (2004). *Psicología de los grupos: Teorías, procesos y aplicaciones*. México: McGraw-Hill.
- Secretaría de Salud (SSA) (2010). Norma oficial Mexicana (NOM - 025 - SSA 2 - 1994): "Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico - Psiquiátrica. México.
- Szydlo, D. y Beristáin, C. (2001). *Para entender la Psicoterapia*. México: Colección Psiquiatría, Psicología y Medicina.

### **Revistas**

- Alemán, S. (2006). *Terapia cognitivo conductual en depresión*. *Psiquis* vol. 15 núm. 4, 104-109.
- Beck, T. y Greenberg, L. (1979). *Brief cognitive therapies*. *The Psychiatric Clinics of North America* 2 (1): 23-37.
- Beck, T. (1964). *Thinking and depression: Theory and therapy*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 10: 561-571.

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz J. (2004). *La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. Salud Pública, 46, 5, 417-424.
- David, L. y Guerao, G. (2004). *Análisis descriptivo del modelo de terapia ocupacional empleado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Psiquis, 13, 1, 8-13.
- Lara, A., Navarro, C. y Navarrete, L. (2004). *Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión*. Salud Pública de México septiembre-octubre, 46, 5, 378-387.
- Martínez, H., Vidal, C., Alfonso, E. y Rodríguez, I. (2010). *Rehabilitación en psiquiatría: Consideración teóricas y una propuesta integral*. Hospital Psiquiátrico de la Habana, 7, 1, 2-14.
- Ontiveros, M. y Chávez, E. (2005). *La recuperación como meta ideal del tratamiento del paciente deprimido*. Psiquiatría, 21,1, 1-6.

### **Páginas electrónicas**

- Akandere, M. y Tekin, A. (2010). *Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad*. Sobre entrenamiento 1-9. Recuperado de <http://www.sobrentrenamiento.com/publico/articulo.asp?ida=478>
- Clínica San Rafael (CSR) (2002). *La Clínica San Rafael*. Video de presentación y publicidad. Recuperado de <http://www.clinicasanrafael.com.mx/salida.htm>
- Esmas noticias (2005). *Investigación a cerca de algunas vivencias de personas que han padecido depresión. (Información en prensa)*. Recuperado agosto 2010 de <http://www2.esmas.com/>
- Ejercicios con pesas (2010). *Ejercicios regulares ayudan contra la depresión en personas de la tercera edad (s.f.)*. Recuperado el 3 de agosto del 2010 de <http://ejerciciosconpesas.es>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Los trastornos mentales afectan a uno de cada cuatro habitantes del planeta. La OMS publica el informe de la salud en el mundo 2001, dedicado este año a la salud mental bajo el lema "Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas"*. Recuperado el 12 de agosto del 2010 de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=16308>

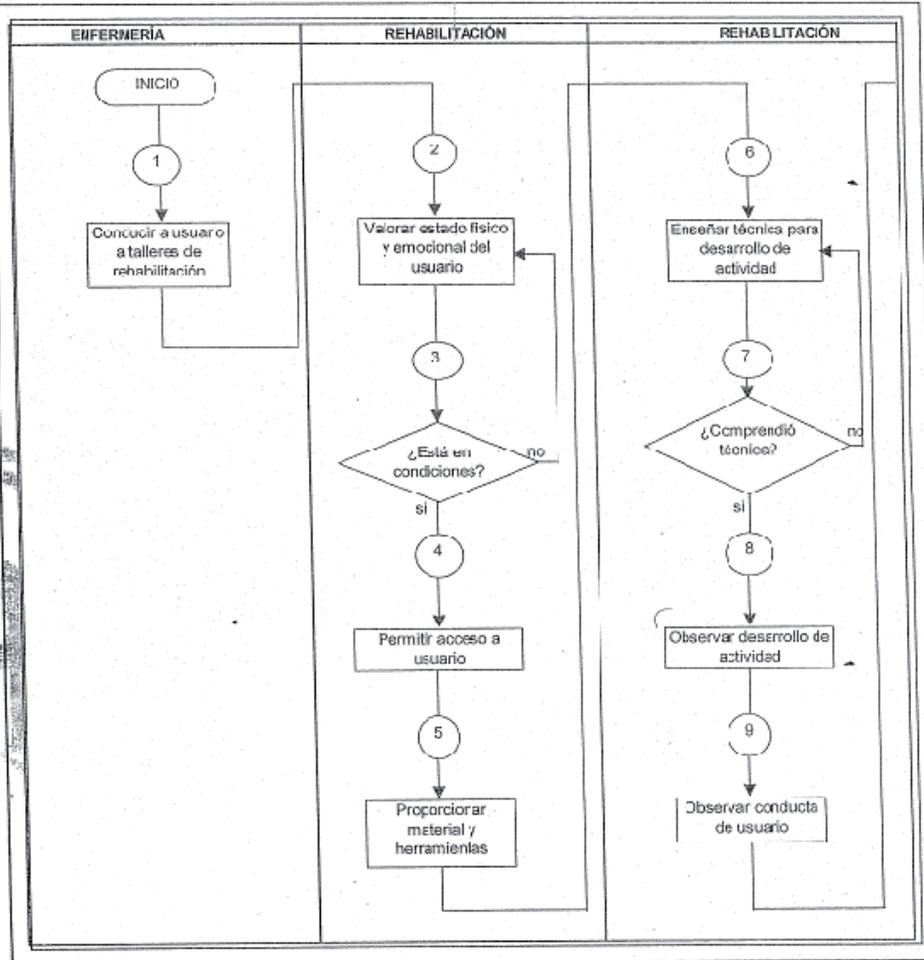
**Otros**

De la Cueva, G. (2010). Comunicación personal agosto 15.

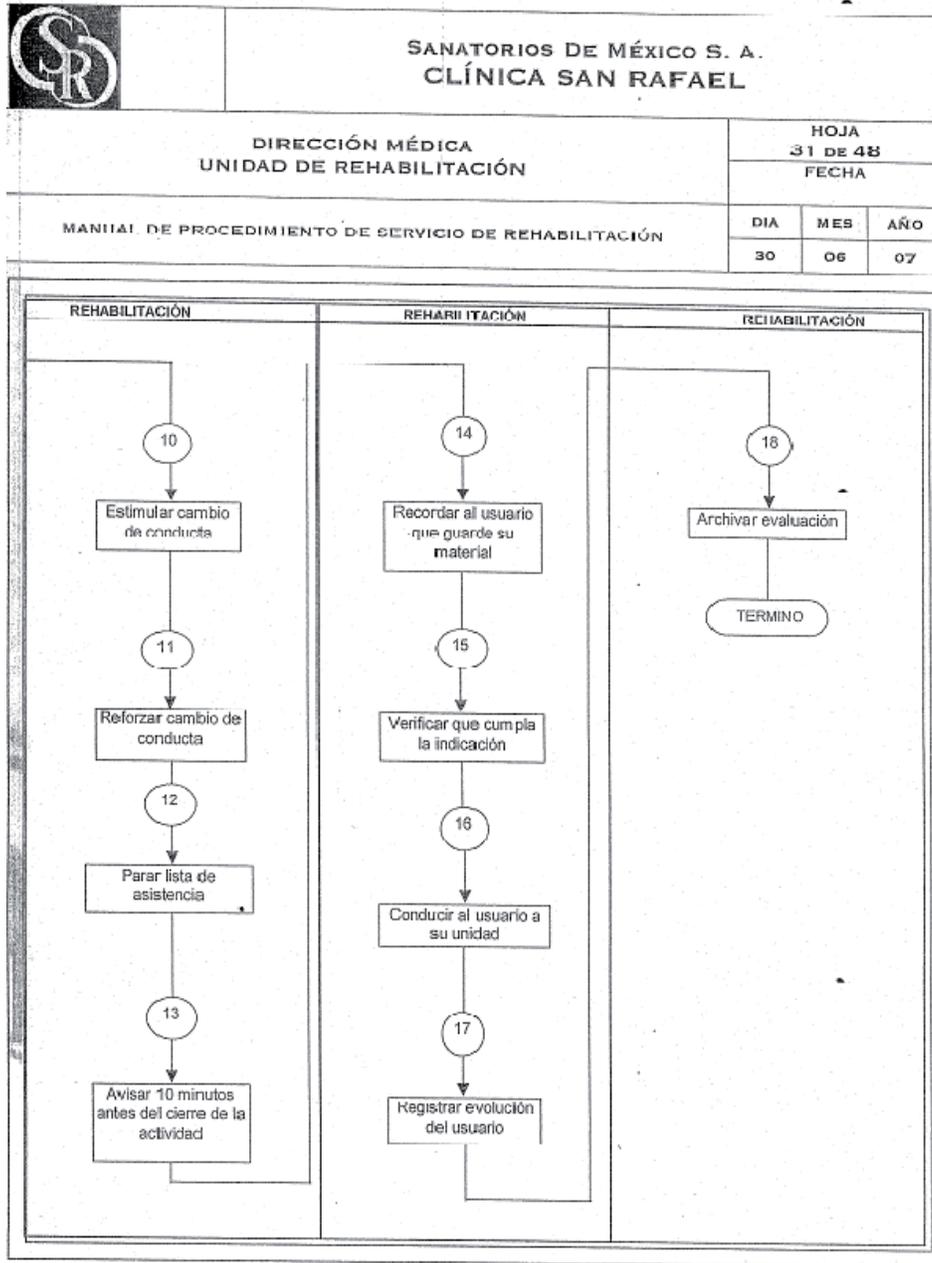
# **ANEXOS**

Diagrama de flujo del servicio de rehabilitación psicosocial. Parte(1)

	SANATORIOS DE MÉXICO S. A. CLÍNICA SAN RAFAEL		
	DIRECCIÓN MÉDICA UNIDAD DE REHABILITACIÓN		
MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN		HOJA 30 DE 48	
		FECHA	
	DIA 30	MES 06	AÑO 07



Parte (2)



**Hoja de solicitud del servicio de rehabilitación psicosocial**

	<b>SANATORIOS DE MÉXICO S. A. CLÍNICA SAN RAFAEL</b>		
	DIRECCIÓN MÉDICA UNIDAD DE REHABILITACIÓN		HOJA 39 DE 48 FECHA
MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN		DÍA 30	MES 06
		AÑO 07	

	LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE.
13. CCP (Con Copia Para)	EN CASO DE QUE SE SOLICITE UNA COPIA, ESCRIBIR EL NOMBRE DEL ÁREA A LA QUE SE LE ENTREGARÁ. LLENADO POR EL JEFE DE REHABILITACIÓN.

**NOTA:** ESCRIBIR LOS DATOS CON LETRA DE MOLDE QUE SEA LEGIBLE Y CLARA. **GRACIAS**

**FORMATO CSR-R-001**

HOJA DE SOLICITUD AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

	<b>CLÍNICA "SAN RAFAEL"</b> SOLICITUD AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN
Fecha de solicitud: _____	Fecha de recepción: _____
Nombre del Usuario: _____	No. de expediente: _____
Diagnóstico: _____	Cuarto: _____ Cama: _____
Servicio: _____	
Medicamentos: _____	
Médico tratante: _____	
Firma del médico que solicita: _____	
Observaciones: _____	
_____	
_____	
CSR-R-001	CCP: _____
Departamento de Rehabilitación	

Hoja de valoración del usuario del servicio de rehabilitación psicosocial

	SANATORIOS DE MÉXICO S. A. CLÍNICA SAN RAFAEL		
	DIRECCIÓN MÉDICA UNIDAD DE REHABILITACIÓN		HOJA 42 DE 48 FECHA
MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN		DIA 30	MES 06
		AÑO 07	

FORAMATO CSR-R-002  
HOJA DE VALORACIÓN DEL USUARIO

	FECHA DE VALORACIÓN: V1) _____ V2) _____ V3) _____ V4) _____ V5) _____ V6) _____
	(7 Significa VISITA)
NOMBRE DEL USUARIO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____
DIAGNÓSTICO: _____	UNIDAD: _____ CUARTO: _____ CAMA: _____
MÉDICO TRATANTE: _____	
JEFE DEL DEPARTAMENTO: _____	

CRITERIO	VISITA					
	1	2	3	4	5	6
01. Ingreso de medicamento	SI	NO	SI	NO	SI	NO
02. Estado de alerta						
03. Con capacidad de comprensión						
04. Sigue instrucciones						
05. Manifiesta síntomas positivos						
06. Manifiesta síntomas negativos						
07. Lenguaje coherente y congruente						
08. Impedimento físico						
09. Coordinación motora						
10. Conducta auto o heteroagresiva						
11. Orientado en tiempo, espacio o persona						
12. Tiene cuarto y cama asignados						

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTA: / Significa la indicación a seguir.  
 X Significa suspender indicación.

**POR LO QUE ENFERMERÍA:**

INDICACIÓN A) Esperará a que el Jefe del departamento le indique que puede llevar al usuario a las actividades de rehabilitación. \_\_\_\_\_

INDICACIÓN B) Llevará al usuario a las actividades del departamento de rehabilitación. \_\_\_\_\_

Hoja de evaluación del usuario del servicio de rehabilitación psicosocial



SANATORIOS DE MÉXICO S. A.  
CLÍNICA SAN RAFAEL

DIRECCIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE REHABILITACIÓN

HOJA  
45 DE 48  
FECHA

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN

DÍA	MES	AÑO
30	06	07

FORMATO CSR-R-003

HOJA DE EVALUACIÓN DEL USUARIO



FECHA DE INCORPORACIÓN ALAS/CIVIDADES \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO \_\_\_\_\_

NO EXISTENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

CIVIL \_\_\_\_\_

MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_

REFERIDA \_\_\_\_\_

ACTIVO	SESION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Habilidad	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Agrupación	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Resistencia	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Dependencia	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Cooperación	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Reactividad	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Comprensión	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Vitalidad	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																
Interés	N/A																																
	MMA																																
	MDFPD																																

OBSERVACIONES

JEFE DEL DEPARTAMENTO  
3. REHABILITACIÓN



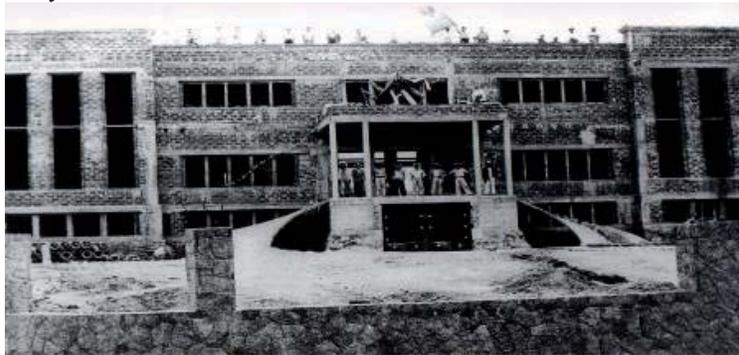
San Juan de Dios "Santo de los enfermos".



La orden de San Juan de Dios.



Proyecto "Clínica San Rafael".



Construcción de la Clínica San Rafael.



Clínica San Rafael actualmente.

Ansiedad y depresión.



Terapia ocupacional "Taller de manualidades (pirograbado)".



“Baile” pacientes de psicogeriatría.



“Baile” pacientes con ansiedad y depresión.



Educación para la salud "Psicodrama".



Terapia de relajación.



Integración de grupos “Honores a la bandera 15 de septiembre 2010”.



Educación para la salud.



Actividades deportivas “futbol”.



Estimulación cognitiva “risoterapia”



Obra de teatro "La ventana".



Musicoterapia.



**Un gran equipo “Rehabilitación Psicosocial de la Clínica San Rafael”.**