



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales

**MODELO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS.**

Informe Profesional de Servicio Social
Que para obtener el título de:
Licenciada en Psicología

PRESENTA
Ayala Aguilar Itzel Jaret

Directora: Dra. María Santos Becerril Pérez
Revisora: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Sinodales: Dra. Fayne Esquivel Ancona
Mtra. Susana Eguía Malo
Mtra. Karla Alejandra Cervantes Bazán



Ciudad Universitaria, Cd. de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PRESENTACIÓN

En este trabajo se presenta el Informe Profesional de Servicio Social, que realice a partir de mi trabajo realizado durante la prestación del servicio social, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

En el presente se refiere el contexto donde este trabajo se fundamenta a partir del desarrollo del servicio social en la mencionada institución; se describen las actividades realizadas en el mismo; se presentan los resultados de dichas actividades; y se hace una propuesta de mejora a partir de mi experiencia personal y la síntesis de un soporte teórico metodológico, para el sistema de salud mental en México, para la institución, especialmente la Unidad de Rehabilitación Integral, y para el programa de servicio social n la universidad y en la institución.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de titulación está dedicado a todas las personas que se encuentran en mi vida y han estado a mi lado a lo largo de mi carrera y de mi proceso de titulación. Principalmente a mi familia, por su amor y apoyo incondicional en toda mi formación profesional y durante el proceso de la realización de mi servicio social y de mi Informe Profesional. Por ser mi fuerza y motor para alcanzar mis metas y cumplir mis sueños.

También quiero dedicar el presente trabajo a mi máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por la oportunidad que me brindaron para desarrollarme académicamente, y para adquirir las herramientas necesarias para desempeñar mi profesión como Psicóloga y poder contribuir a la sociedad de manera activa.

Quiero agradecer principalmente a Dios, por todas las bendiciones que me ha dado a lo largo de toda mi vida, sobre todo por ser mi guía y apoyo para realizarme profesionalmente y recorrer a mi lado este camino que hoy me permite alcanzar una de mis más grandes metas y sueños. Por darme luz durante los momentos difíciles y llenarme de dicha en los momentos grandiosos.

A mi mamá: Quiero agradecerte, por tanto, por todo lo que me has brindado, por siempre estar a mi lado, por cuidarme y apoyarme en todo lo que necesito y quiero para mi vida. Por regalarme la vida y tu mágico amor que me llena y me motiva a ser cada vez más grande en todos los hábitos de mi vida. Por ser mi madre, mi guía, mi ejemplo y el pilar de mi vida. Te Amo Mami.

A mi papá: Quiero agradecerte por todo lo que has hecho por mí, por siempre estar cuando te necesito, por darme las herramientas necesarias para la vida; por brindarme tu amor y

protección. Por ser paciente y por confiar en mí. Gracias por ser el mejor padre del mundo y mi héroe, Te amo Qoqi.

A mi hermana: Quiero agradecerte por ser la persona que más me conoce y me acepta como soy, por tu amor, tu comprensión y complicidad. Por tu lealtad y apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida, por siempre estar y enseñarme tanto. Por ser mi hermana, mi mejor amiga y por ser la luz que ilumina toda mi vida, Te Amo Taly.

También le agradezco a los demás miembros de mi familia (mis abuelitos, tíos y primos) que están cerca de mí y que han recorrido este largo camino a mi lado, por su amor, su apoyo, sus consejos y palabras de motivación y aliento.

A mis amigos: Quiero agradecerles a mis mejores amigos Daniel, Paola y Thanya por su amistad maravillosa, por su amor y por formar parte también de mi familia. Ustedes han recorrido a mi lado todas las etapas de mi vida, me han apoyado y forman parte indispensable de la misma, no sería igual sin ustedes. También quiero agradecerles a mis amigos de la unidad por formar parte de mi vida, por abrirme las puertas de su amistad increíble y adoptarme, por todos los momentos vividos y principalmente por su amor y apoyo. Quiero agradecer también a todos mis amigos de la universidad por formar parte de una de las etapas más importantes y hermosas de mi vida. Especialmente quiero agradecerle a Puchi, por ser uno de los mejores amigos del mundo, por todo su apoyo y lo que ha hecho por mí, y por cada uno de los momentos vividos y a Raquel y Mimi por pasar estos 4 años brindándome su maravillosa amistad, por ser mis compañeras y por todos los momentos que pasamos juntas en todo este tiempo. Además, quiero agradecerle a Joel, por ser como es conmigo, por su amor, apoyo, escucha, fuerza y motivación, por estar conmigo y por todo lo que ha hecho por mí, y principalmente por viajar desde el otro lado del mundo para celebrar este momento a mi lado.

Muchas gracias a todos, son lo máximo. Los amo demasiado. Este logro también es suyo.

Quiero agradecer a la UNAM y a mi Facultad de Psicología, por todo lo que me brindaron estos 4 años y por formarme como la profesional que soy. A todos mis docentes y asesores a lo largo de mi carrera, principalmente a la Dra. Mari Becerril por su guía y asesoramiento para este trabajo, por su paciencia y comprensión, por siempre ser tan linda y apoyarme de cerca en este proceso. A la Dra. Mariana Gutiérrez, por ser mi guía y ejemplo como profesional, por absolutamente todo lo que ha hecho por mí, por su docencia, por su apoyo durante toda mi carrera y en mi formación profesional en general. Y también a mis sinodales, Dra. Fayne Esquivel, Mtra. Susana Eguía y Mtra. Karla Cervantes, por su paciencia, asesoramiento y apoyo en mi trabajo y a lo largo de mi proceso de titulación. Gracias, no lo hubiera logrado con tanto éxito y satisfacción sin ustedes.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a la Unidad de Rehabilitación Integral, por ser la institución que me dio la oportunidad de realizar mi servicio social, en el cual se basa mi trabajo de titulación, así como brindarme su confianza y apoyo durante los 6 meses de trabajo y por todo el aprendizaje que me otorgó.

ÍNDICE

Presentación	2
Agradecimientos	3
Resumen / Abstract	10
Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social	12
Ubicación	12
Principal objetivo de la institución	12
Misión	12
Visión	13
Servicios que ofrece	13
Unidad de Rehabilitación Integral	15
Comunidad del hospital	16
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	17
Actividades socio-recreativas	17
Grupo psicoeducativo	18
Círculo de lectura	20
Estimulación cognitiva	22
Acompañamiento terapéutico	23
Talleres de inclusión social y laboral	24
Actividades académicas	25
Cronograma de actividades	27
Objetivos del Informe Profesional de Servicio Social	28
Soporte teórico metodológico	29

1. Salud mental	29
1.1 Definición	29
1.2 Proceso salud-enfermedad	30
1.3 Trastornos psiquiátricos	34
2. Epidemiología y datos estadísticos de la enfermedad mental en México y el mundo	41
2.1 Asignación de fondos	43
2.2 Recursos humanos	44
2.3 Centros especializados	44
2.4 Otros datos epidemiológicos relevantes	45
3. Prevención de la enfermedad mental	48
3.1 Prevención primaria	49
3.2 Prevención secundaria	51
3.3 Prevención terciaria	54
4. Tratamiento	57
4.1 Tratamiento farmacológico	58
4.2 Terapia electroconvulsiva	62
4.3 Tratamiento psicológico	65
4.4 Rehabilitación psicosocial	73
5. Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica en México 2013-2018 (PAEAP)	76
5.1 Marco conceptual del PAEAP	78
5.2 Situación actual y problemática	79

5.3 Objetivos y estrategias del PAEAP	81
5.4 Otros datos relevantes del PAEAP	83
Resultados obtenidos	85
1. Actividades socio-recreativas	86
2. Proyección de película	87
3. Eventos socio-recreativos	89
4. Círculo de lectura	90
5. Estimulación cognitiva	91
6. Acompañamiento terapéutico	93
7. Talleres de inclusión social y laboral	95
8. Seminario	96
9. Lectura de expedientes	96
10. Retroalimentación	97
11. Grupo psicoeducativo	97
Hábitos de salud	99
Habilidades sociales y asertividad	100
Autoestima	101
Proyecto de vida	101
Conciencia de enfermedad	102
Adherencia terapéutica	103
Recomendaciones y/o sugerencias	108
Propuesta de mejora	117
México y la actualidad en tema de salud	118

Integración de la salud mental en el sistema general de salud:	
atención primaria	123
Planes, programas y guías para la intervención en el campo	
de la salud mental	129
Programa de servicio social	133
1. Evaluación del programa	133
2. Capacitación y atención a los pasantes de Psicología	134
3. Propuesta a la institución	136
Propuesta de atención comunitaria	137
Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)	138
Conclusiones	149
Referencias	156
Anexo 1: Ejemplo de carta descriptiva del grupo psicoeducativo.	
Tema: hábitos de salud	168
Anexo 2: Ejemplo de carta descriptiva del grupo psicoeducativo basado en el modelo RBC.	
Módulo 1: componente de salud mental	171

RESUMEN

Se presenta el trabajo realizado dentro del programa de prestación de servicio social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, específicamente dentro de la Unidad de Rehabilitación Integral, en el que se desarrollaron distintas actividades socio-recreativas, pláticas psicoeducativas, estimulación cognitiva, círculos de lectura, talleres de inclusión social, seminarios y retroalimentación para los pasantes. Todas con el objetivo de mejorar las capacidades remanentes de los pacientes en las esferas cognoscitiva, afectiva y motriz para lograr una integración familiar, social y laboral de pacientes psiquiátricos. En los resultados se determinó que estas actividades tuvieron un impacto positivo en la mayoría de los pacientes, sin embargo no es suficiente para el tratamiento de los pacientes. A partir del soporte teórico-metodológico y de los resultados de intervención; se estableció una propuesta de reestructuración y fortalecimiento del modelo de atención psicológica, para el abordaje de la rehabilitación integral psiquiátrica; mejorando así el trabajo dentro del área y el programa de servicio social.

Palabras Clave: Atención Psicológica, Rehabilitación, Pacientes Psiquiátricos

ABSTRACT

This project presents the work carried out within the program of social service at the Fray Bernardino Álvarez Psychiatric Hospital, specifically within the Integral Rehabilitation Unit, with different activities such as socio-recreational activities, psychoeducational conferences, cognitive stimulation, reading club, social inclusion workshops, seminars and feedback for interns. These activities were made to improve the patient's remaining capacities in the cognitive, affective and motor areas to achieve a family, social and job integration. In the results was determined that these activities had a positive impact in most of the patients, however it isn't sufficient for the treatment of the patients. Based on the teorical and methodological support of different researches around the world; it's proposed the restructuring and strengthening of the psychological care model for the approach to comprehensive psychiatric rehabilitation; to improve the work in this area and the social service program.

Keywords: Psychological Care, Rehabilitation, Psychiatric Patients

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

Los Servicios de Atención Psiquiátrica es un organismo desconcentrado, conformado por la confederación de los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro, Dr. Samuel Ramírez Moreno, y los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco (CCINSHAE, 2015). La institución en la que se realizó la prestación del servicio social fue el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es un hospital público que forma parte de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal. Se encuentra ubicado en San Buenaventura No.2; Colonia Tlalpan; Delegación Tlalpan; Ciudad de México (SAP, 2017).

Su principal objetivo es la atención de trastornos mentales y emocionales, así como su prevención y rehabilitación psicosocial. Se centra en la atención del usuario, en la enseñanza e investigación; en coadyuvar en la preservación de la salud mental, emocional y en el logro de una mejor calidad de vida (González-Castañeda Carlos 2017).

Su misión es contribuir a la reducción de la brecha de atención psiquiátrica mediante la prestación de servicios integrales especializados, con enfoque comunitario de calidad y pleno respeto a los derechos humanos de los pacientes; fortalecer la formación de recursos humanos de excelencia y favorecer el desarrollo de investigación en psiquiatría (SAP, 2017).

La visión que este hospital presenta es que para el año 2018 sea referente nacional en materia de prestación de servicios psiquiátricos con respeto a los derechos humanos y en la formación de recursos especializados en psiquiatría y paidopsiquiatría (SAP, 2017).

El Hospital brinda los servicios de **Consulta externa**, donde se atiende a los pacientes que no necesitan hospitalización o que fueron hospitalizados y que ahora están dados de alta a los que se les brinda seguimiento.

Hospitalización, donde se atienden exclusivamente hospitalizaciones psiquiátricas agudas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas.

Hospital parcial, en el que se proporciona atención psiquiátrica ambulatoria con estancia parcial e incluye diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral que incorpora la intervención familiar a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Urgencias, atiende exclusivamente urgencias psiquiátricas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas.

Unidad de Psicogeriatría, la cual brinda el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral para los trastornos psicológicos y adaptativos del adulto mayor. La Unidad cuenta también con la Clínica de Memoria que ofrece Programas de Prevención y Tratamiento.

Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP), donde se otorga servicio a personas que cursan por primera vez un episodio psicótico o aquellas con alto riesgo de psicosis.

Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), que otorga servicio a personas con trastornos psiquiátricos que a lo largo de su evolución han reportado dificultades importantes en lo relacionado con el apego al tratamiento farmacológico y que mediante la identificación de factores de riesgo individuales, familiares y sociales se diseña un programa de intervención individualizada en favor de la adherencia terapéutica.

Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM), proporciona servicio de psicoterapia a familiares y pacientes del sistema integral de atención psiquiátrica que favorece la evolución de los padecimientos psiquiátricos al mejorar el clima y la dinámica familiar. Además, brinda atención en la modalidad de grupo-taller a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

Clínica de Patología Dual (CLINPAD), quien proporciona servicio ambulatorio a pacientes con patología dual, es decir, personas que padecen a la vez, un trastorno mental primario y un trastorno por consumo de sustancias.

Unidad de Rehabilitación Integral (URI), que se describe en un apartado posterior; y **Psiquiatría Comunitaria** que proporciona el servicio extramuros a la población general en los tres niveles de atención (promoción y fomento a la salud mental, diagnóstico oportuno y rehabilitación) en el área de la salud mental.

Aunado a estos servicios, la institución también ofrece programas como **Capacitación continua**, lo que la convierte en una institución de vanguardia en el campo de la salud mental en México. Entre sus principales intereses se encuentran brindar atención integral de alta calidad y humanista a la población que requiera servicios especializados en Psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia, por lo que cuenta con el Programa anual de capacitación y educación continua; **Programa de residencia médica en Psiquiatría; Prácticas profesionales y servicio social**; entre otros (SAP, 2017).

En materia de Psicología, la institución brinda atención psicológica individual y grupal a pacientes hospitalizados, ambulatorios y sus familiares, para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial. Además, se realizan actividades como aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, integración de estudios psicológicos, entrevistas a pacientes, coordinación de grupos psicoeducativos para pacientes, revisión de casos clínicos, entre otras actividades. Esto con el fin de brindar prevención e intervención a los pacientes usuarios del hospital.

Particularmente en la **Unidad de Rehabilitación Integral (URI)**, que es el área en la que se realizó la prestación del servicio social, se llevan a cabo actividades socio-recreativas, pláticas psicoeducativas para pacientes, estimulación cognitiva, círculos de lectura, psicomotricidad, acompañamiento terapéutico, talleres de inclusión social, seminarios y retroalimentación para los pasantes. La URI tiene como principal objetivo proporcionar el servicio de rehabilitación psicosocial con un enfoque interdisciplinario orientado a mejorar las capacidades remanentes de los usuarios en las esferas cognoscitiva, afectiva y motriz para lograr una integración familiar, social y laboral; incluye terapia ocupacional, física, estimulación cognitiva, habilidades sociales

e inducción laboral para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento (SAP, 2017). Todo esto, con la finalidad de apoyar la rehabilitación integral del paciente en distintas áreas que le permitan incorporarse de manera adecuada a la sociedad, ayudando a su desarrollo mental y psicosocial; promoviendo su salud y previniendo recaídas de hospitalización.

La comunidad dentro del hospital es de aproximadamente 500 pacientes, divididos en todas las áreas de servicios que brindan. Además se encuentran los adultos mayores que son pacientes, en el sexto piso (hombres y mujeres). En el tercer piso se encuentra la clínica familiar donde también existen pacientes hospitalizados; así como en urgencias, hospital parcial.

La Unidad de Rehabilitación Integral realiza sus actividades y atiende a los pacientes hospitalizados de los pisos 2º, 4º, 5º y 7º; así como con los pacientes ambulatorios que se encuentran inscritos en las actividades de la misma.

La comunidad es heterogénea, incluye pacientes desde los 18 años hasta 65 aproximadamente, con diferentes condiciones socioeconómicas, situaciones laborales y familiares. Los pacientes padecen diferentes enfermedades mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, depresión, trastornos provocados por abuso de sustancias, entre otros. Todos con diferentes síntomas, y diferentes tipos de tratamiento que pueden incluir el farmacológico, la terapia electroconvulsiva, la terapia grupal, la terapia física, la terapia ocupacional o la rehabilitación integral.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades que se realizaron dentro de la prestación del servicio social en la Unidad de Rehabilitación Integral fueron:

Actividades socio-recreativas

Dos días a la semana, en la Unidad de Rehabilitación Integral se realizaban diferentes actividades recreativas; algunas se llevaban a cabo en el área de jardín del hospital, donde los pacientes de todos los pisos, podían escuchar música y/o bailar; también correr, caminar o descansar; jugar algún deporte con sus compañeros de otros pisos; realizaban actividades físicas en conjunto con los fisioterapeutas y podían jugar juegos de mesa. En todas estas actividades los pasantes de Psicología brindaban acompañamiento terapéutico, participaban en actividades deportivas y/o actividades físicas con los fisioterapeutas, y colaboraban en la reproducción de la música. Cabe señalar que estas actividades estaban sujetas a la disposición, capacidades, habilidades e interés del pasante responsable. El objetivo era que los pacientes se activaran físicamente, realizaran deporte, promover la socialización entre ellos, así como, brindar alternativas de diversión de manera saludable, brindar apoyo y acompañamiento terapéutico a los pacientes y promover momentos agradables de sana convivencia.

Otra de las actividades socio-recreativas, era la proyección de películas, que se realizaba en el aula de usos múltiples de la Unidad de Rehabilitación Integral, donde se proyectaba una película (evitando violencia, escenas sexuales, vocabulario inapropiado y contenido emocional

intenso), tres días a la semana (un día para cada piso). Durante la actividad se les permitía consumir alimentos y bebidas para disfrutar la función. El objetivo de esta actividad era promover la reflexión de los pacientes con cada proyección; fomentar la atención y concentración; brindar alternativas de diversión sana; fomentar la socialización, la paciencia, el respeto de límites y seguimiento de normas.

En fechas conmemorativas, se realizaron actividades socio-recreativas que planearon los pasantes de Psicología. En éstas, primero se realizaban manualidades (tarjetas de regalo, dibujos, murales de papel, etc.) durante la semana previa al evento, junto con la actividad de estimulación cognitiva, podían conservar el material, regalarlo a los demás pacientes o a sus familiares. El día del evento los pacientes disfrutaron de las actividades regulares y de algunas creadas por los pasantes de Psicología específicamente para esa fecha, además recibieron alimentos y bebidas que se les proporcionaron durante la actividad por parte de los pasantes. Por ejemplo, durante el tiempo de prestación de servicio social, se realizó un concierto de música, un concurso de baile, actividades deportivas, la creación de mural de tarjetas conmemorativas, entre otras.

Grupo psicoeducativo

Dos días a la semana se llevaba a cabo un grupo psicoeducativo. Los pacientes acudían al aula de su respectivo piso y escuchaban distintos temas expuestos por uno o dos pasantes de Psicología. Durante la prestación de servicio, en las exposiciones, los pacientes escuchaban diferentes temáticas y podían participar en el momento en que quisieran. Se proporcionó información relevante mediante ejemplos que fueran entendibles, así como en la aplicación de

dinámicas asociadas al tema que se abordaba. El pasante debía preparar el tema, informarse acerca de éste, desarrollar dinámicas, así como brindar ejemplos que facilitaran la comprensión del mismo, sin embargo, se debía utilizar como material de apoyo y guía de la exposición las laminas de los respectivos temas que se encontraban ya hechas en la URI. Las temáticas que se abordaron fueron: habilidades sociales, autoestima, adherencia terapéutica, conciencia de la enfermedad, hábitos de salud, y proyecto de vida; que se fortalecieron mediante dinámicas de relajación, de uso de memoria y de reflexión, con la finalidad de reforzar la comprensión y el conocimiento del tema, aunado a secciones de preguntas y respuestas. Mientras uno o dos de los pasantes daban la plática, los demás se dividían a la mitad; de un lado del aula para acompañar a los pacientes al sanitario cuando lo requieran, y así asegurarse de su bienestar y el regreso al aula; y la otra mitad se encargaba de recibir a las visitas de los pacientes y entregarles al paciente, así como regresar a su respectivo piso en caso de que tuviera algún malestar físico o psicológico y/o no siguiera las indicaciones y normas necesarias para llevar a cabo la plática. Los pasantes debían mantener el orden y control en la plática así como participar y brindar apoyo al expositor.

Éstas pláticas tenían como objetivo brindar información que les fuera útil a los pacientes dentro y fuera del hospital, principalmente a lo largo de su proceso de rehabilitación. Mediante el conocimiento de los temas, y las dinámicas que se realizaron, se buscaba desarrollar habilidades y capacidades del paciente mediante exposiciones, comentarios, opiniones o aclaración de dudas con la finalidad de iniciar un cambio en la concepción y percepción respecto a diferentes temas de estigmatización, de hábitos diarios; así como en relación a la enfermedad y tratamiento psiquiátrico. También se fomentaban valores como el respeto, la tolerancia, paciencia,

comunicación, entre otros. Esta participación estaba a criterio y disposición por parte de los pasantes responsables.

Círculo de lectura

Esta actividad se lleva a cabo un día a la semana en el aula del respectivo piso. Durante las sesiones, los pacientes se sentaban a escuchar a los pasantes que leían diferentes lecturas cortas, o los invitaban a leer enfrente de los demás pacientes. Estas lecturas podían ser tomadas del material ya existente que había en la URI, o los pasantes podían traer las que quisieran exponer. Posterior a la lectura, los pasantes hacían diferentes comentarios con la finalidad de fomentar el análisis y la comprensión; los pacientes expresaban sus opiniones y comentarios de manera abierta de tal forma que en ocasiones se generaban diálogos a partir de las mismas. También se realizaban diversas dinámicas durante las sesiones (relajación, comprensión, reflexión) como estrategias de apoyo de la lectura y de apoyo a los pacientes.

Los pasantes debían preparar la lectura, informarse acerca de ella, y desarrollar dinámicas que la apoyaran. En ocasiones también se realizaban dinámicas grupales con un tema en especial, con el fin de fomentar la reflexión en los pacientes. Estas actividades también debían ser preparadas por los pasantes. Mientras uno o dos de los pasantes dirigían la actividad, los demás se dividían la mitad igual que en la actividad anterior; de un lado del aula para acompañar a los pacientes al sanitario cuando estos lo requirieran, y así asegurarse de su bienestar y el regreso al aula; y la otra mitad se encargaba de recibir a las visitas de los pacientes, para entregar al paciente; así como regresar a su respectivo pisos a algún paciente en caso de presentar algún malestar físico o psicológico y/o en caso de no poder seguir las indicaciones y normas necesarias

para llevar a acabo la actividad. Los pasantes debían mantener el orden y control en la plática así como participar y brindar apoyo al expositor. Esta participación , así como en las demás actividades, estaba a criterio y disposición por parte de los pasantes responsables.

Los círculos de lectura tenían como objetivo desarrollar la reflexión en los pacientes por medio de lecturas cortas; estimular las funciones mentales superiores, la imaginación, abstracción y valores esenciales. Además de fomentar el hábito de la lectura y la comunicación de los pacientes mediante la expresión de opiniones y comentarios en público, así como promover la discusión, y el análisis de lecturas para generar diálogos enriquecedores. También se fortalecieron valores como el respeto, la tolerancia, paciencia, comunicación, entre otros.

Para todas las actividades anteriormente mencionadas, se debía seguir un protocolo para que los pasantes pudieran llevar a los pacientes a participar en éstas. Solo podían acudir a las actividades los pacientes que tuvieran permiso otorgado por su médico psiquiatra y por parte del personal de enfermería y de la misma área de URI.

Los pasantes se dividían en grupos y/o parejas; subían a los pisos de hospitalización (2º, 4º, 5º y 7º, en las secciones de hombres y mujeres) e invitaban a los pacientes a asistir a las actividad que se realizaba en ese momento. Los pacientes que querían acudir a la actividad (de manera voluntaria) se formaban en la sección de enfermería y daban su nombre a los pasantes, los cuales confirmaban en el pizarrón de enfermería si el paciente tenía el permiso y lo registraba en un formato, el cual debía firmar el encargado del personal de enfermería (el pizarrón debía mantenerse actualizado por el personal de enfermería de acuerdo a los expedientes de los pacientes que otorgaban los médicos psiquiatras). Los pacientes después de ser registrados se

formaban junto a ,la puerta en orden del registro, aunado a que se les revisaba cuidadosamente el brazalete que los identificaba, para tener certeza del nombre y del permiso otorgado para realizar la actividad. Posteriormente los pasantes bajaban en secciones a los pacientes, por el elevador con ayuda del personal de seguridad, a las aulas, al jardín, o a la URI.

En estas mismas actividades, había al menos dos pasantes de Psicología, los cuales eran completamente responsables de la misma. Los pasantes debían supervisar la actividad. brindar la atención a los pacientes, con el fin de atender todas sus diferentes necesidades, así como resolver las distintas situaciones que se presentaban; evitar disturbios; y preservar el orden y la calma; esto siempre con respeto a los pacientes, siguiendo las normas del hospital y de acuerdo a la ética profesional. En ocasiones si era necesario, se requería el apoyo del personal de seguridad del hospital.

Al término de estas actividades, se llevaba a los pacientes por los elevadores a su respectivo piso, el personal de enfermería firmaba de enterado y recibía a los pacientes.

Estimulación cognitiva

Esta actividad se lleva a cabo tres días a la semana. Los pasantes de Psicología se dividían en grupos, subían a todos los pisos e invitaban a los pacientes a formar parte de las actividades que se llevan a cabo en el comedor del piso correspondiente. Posteriormente los pacientes de manera voluntaria acudían al comedor a realizar las actividades. Algunos pasantes se quedaban en una mesa a supervisar e incluso participar en la actividad, en la cual los pacientes podían dibujar y colorear dibujos de animales o personajes animados con gises y/o crayolas (se utilizaban estos materiales ya que con ellos no se podían hacer daño los pacientes; aun así no se

les permitía conservarlos en el piso), que después podían conservar o regalar; escuchaban música variada que ponían los pasantes para que pudieran escuchar y cantar. En otras mesas, con otros pasantes a cargo, otros pacientes podían jugar diferentes juegos de mesa (cartas, memoria, dominó) junto con los pasantes, que en ocasiones les enseñaban cómo jugar, y les ayudaban hasta que pudieran hacerlo solos. Aunado a que los pasantes les brindaban acompañamiento terapéutico a los pacientes que lo necesitaban, ya sea a partir de la detección del pasante o por la petición del paciente. Las actividades las realizaban los pasantes de Psicología de acuerdo con su criterio y disposición.

Estas actividades tenían como objetivo fomentar la relajación en los pacientes, así como la diversión sana y la socialización. Principalmente se buscaba desarrollar y potencializar las funciones cognitivas superiores de los pacientes, como atención, concentración, planeación, memoria, alerta, psicomotricidad tanto fina como gruesa, etc. Además, de desarrollar valores como la tolerancia, la paciencia, y el respeto.

Acompañamiento terapéutico

En todas las actividades los pasantes de psicología podían brindar acompañamiento a los pacientes. Esto no era obligatorio, y no se realizaba bajo ningún método, esquema, estructura y/o enfoque terapéutico, era de manera voluntaria, en base con su criterio, conocimientos, técnica y disposición de los pasantes. Esto se realizaba durante las actividades en los distintos escenarios, ya sea por la petición del paciente o porque el pasante lo consideraba pertinente en alguna situación con algún paciente. Durante esta actividad se conversaban temas de la vida cotidiana,

personales y/o de cualquier cosa que fuera de importancia para el paciente, se intentaba brindar orientación y ayudar a la resolución de dudas y/o problemas que externaban los pacientes. Principalmente se hacía por medio de la psicoescucha y el asesoramiento, y algunas otras técnicas que utilizará el pasante, de acuerdo a sus conocimientos y habilidades.

Esta actividad tenía el objetivo de brindar atención, apoyo y asistencia a los pacientes, en los diferentes ámbitos de su vida, para mejorar la estancia dentro del hospital y también contribuir a su rehabilitación fuera del mismo.

Talleres de inclusión social y laboral

Dentro de la URI se encuentra el taller de papel reciclado y el de filigrana que son para pacientes ambulatorios (de consulta externa y de hospital parcial). En el taller de filigrana, se estimula la atención, concentración, las habilidades motoras finas y valores como el respeto, la paciencia y la perseverancia; así como habilidades sociales. Los pacientes hacen diferentes figuras con tiras de papel, para lograr trabajos como invitaciones o separadores. Son instruidos por un fisioterapeuta y los pasantes de terapia física. En el taller de papel reciclado, se estimula la atención, concentración, las habilidades motoras gruesas y finas, valores como el respeto, la paciencia, y la perseverancia; así como las habilidades sociales. Se enseña paso a paso cómo es la elaboración de cestos y algunas otras artesanías de papel reciclado, cuidando siempre el manejo de herramientas y materiales, este es instruido por un psicólogo adscrito y algunos de los pasantes de Psicología. Los pasantes de Psicología realizaban las actividades dentro de estos talleres junto con los pacientes (de manera voluntaria), aprendiendo a hacer las figuras de

filigrana y los cestos de papel reciclado, en ocasiones ayudaban y motivaban a los pacientes con su trabajo; sin embargo no realizaban actividades vinculadas a psicología.

El objetivo de estos talleres era dotar a los pacientes de las herramientas necesarias para lograr reintegrarse a su vida tanto social, como laboral. Esto mediante el desarrollo de un ambiente lo más cercano al ámbito laboral donde se promovían valores, responsabilidad, respeto entre compañeros y psicólogos, así como límites, reglas e indicaciones. También los ayudaba a sentirse productivos y aumentar su nivel de funcionalidad; podían quedarse con muchos de sus trabajos y venderlos.

Actividades académicas

Una de las actividades que se llevaba a cabo era el seminario de actualización para los pasantes de Psicología, esto se realizaba dos días a la semana, después de las actividades socio-recreativas en jardín. El objetivo de esta actividad era conocer y aprender acerca de diferentes temas vinculados con el trabajo dentro del hospital. También se tenía como objetivo reforzar conocimientos y resolver dudas acerca de los mismos, aprendiendo activamente acerca de los diversos temas (por ejemplo: entrevista, examen mental, psicopatología de la adultez, trastornos del estado de ánimo, trastornos por sustancias, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, entre otros). Se realizaba mediante exposiciones que estaban a cargo del grupo de pasantes, quienes debían preparar el tema correspondiente que iban a exponer de manera individual o en parejas y presentarlo para sus demás compañeros, con información general y específica, actualizada y con ejemplos; el trabajo era supervisado por la asesora de los pasantes quien ofrecía retroalimentación a lo largo de cada exposición; al igual que los demás pasantes que podían

participar en esta. En algunas ocasiones de manera esporádica, en el mismo horario, se procedió a leer expedientes de los pacientes hospitalizados, con la asesora a cargo. Se seleccionaron, con el grupo de pasantes, los casos de interés por el estado clínico de ese momento, y se revisaron los síntomas principales del diagnóstico, la historia del paciente, el desarrollo de la enfermedad, entre algunos otros datos relevantes. El objetivo de esta actividad era conocer acerca de los diferentes padecimientos y tener un acercamiento práctico con los mismos, así como resolver dudas.

Los pasantes dentro de la unidad de rehabilitación también veían películas relacionadas con Psicología y al final, se realizaba un análisis, donde se comentaba y se daban opiniones, además de vincularlas con lo que se trabaja en el hospital y los pacientes en general.

La actividad que se realizaba al final de todos los días era la retroalimentación. Cada día nos reuníamos, el equipo de pasantes de Psicología y la asesora para ver lo acontecido de todo el día. El objetivo de esta era comentar los puntos más importantes de las actividades, dar retroalimentación de parte de la asesora y entre los pasantes, hablar acerca de los sucesos importantes del día y se resolvían dudas, situaciones, problemáticas, etc.

A continuación, se presenta el cronograma de las actividades expuestas (Tabla 1).

Tabla 1

Cronograma de actividades

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Actividad Socio Recreativa	Grupo Psicoeducativo	Círculo de Lectura	Grupo Psicoeducativo	Actividad Socio Recreativa
Hora: 15:30 a 17:00	Hora: 15:30 a 16:30	Hora: 15:30 a 16:30	Hora: 15:30 a 16:30	Hora: 15:30 a 17:00
Lugar: Jardín	Lugar: Aula de Hospitalización	Lugar: Aula de Hospitalización	Lugar: Aula de Hospitalización	Lugar: Jardín
Seminario	Proyección de película	Proyección de película	Proyección de película	Seminario
Hora: 17:30 a 18:30	Hora: 17:00 a 18:30	Hora: 17:00 a 18:30	Hora: 17:00 a 18:30	Hora: 17:30 a 18:30
Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral
Retroalimentación	Estimulación Cognitiva	Estimulación Cognitiva	Estimulación Cognitiva	Retroalimentación
Hora: 18:30 a 19:00	Hora: 17:00 a 18:30	Hora: 17:00 a 18:30	Hora: 17:00 a 18:30	Hora: 18:30 a 19:00
Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Hospitalización	Lugar: Hospitalización	Lugar: Hospitalización	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral
	Retroalimentación	Retroalimentación	Retroalimentación	
	Hora: 18:30 a 19:00	Hora: 18:30 a 19:00	Hora: 18:30 a 19:00	
	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	Lugar: Aula de usos múltiples, Unidad de rehabilitación Integral	

Nota: En la presente tabla se muestran las actividades realizadas de acuerdo a los días de la semana, con sus respectivos horarios y lugares de trabajo.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Los objetivos del presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) se centran en las siguientes acciones:

1. Dar a conocer el programa de servicio social que ofrece el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; específicamente dentro de la Unidad de Rehabilitación Integral.
2. Describir las actividades que se realizaron dentro del programa de servicio social de la Unidad de Rehabilitación Integral; así como realizar un análisis sistemático de las mismas de acuerdo al soporte teórico metodológico.
3. Establecer un marco teórico que de sustento a las actividades del servicio social y permita conocer la relevancia de la atención psiquiátrica en México a partir de diferentes modelos existentes.
4. Desarrollar una propuesta de mejora al programa de servicio social, con el fin de contribuir al Hospital Psiquiátrico y enriquecer el programa ya existente.

En el documento, se presenta de manera inicial cómo es el programa de servicio social que ofrece la institución, explicando los diferentes servicios así como personal responsable de llevarlo a cabo. Posteriormente, se realiza un análisis de marcos conceptuales que permitan una explicación amplia de las actividades que se realizaron en la URI que incluye los resultados y análisis de las condiciones de atención psiquiátrica del hospital. Finalmente, se realiza una propuesta de mejora al programa que actualmente se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

En este apartado se presenta el desarrollo de temáticas vinculadas a las actividades que se realizaron durante el servicio social y la propuesta principal de este IPSS.

1. Salud mental

1.1 Definición.

De acuerdo al decreto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta de constitución; señala que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Menciona que el goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 2006). Así mismo, se refiere a la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad (OMS, 2013).

Enfocado al presente trabajo; la salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de diferentes criterios, como los de salud y enfermedad; normalidad y anormalidad, establecidos en cada grupo social. Esto influye directamente en la sensación de estar sano o enfermo (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014). Sin embargo, la salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está

directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque muchas veces sea subestimada frente a la salud física (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009).

Ésta se puede entender, como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana mediante el comportamiento y la interacción de manera tal que permita a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. De acuerdo con esto, se debe tomar en cuenta el comportamiento y relaciones con personas y el entorno en la vida diaria, aunado a las percepciones, pensamientos, emociones y creencias. Los cuales serán permeados por todos los tipos de factores que se encuentran en la persona misma y en la historia particular de cada persona y su familia; así como por su cultura y sociedad (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

1.2 Proceso salud-enfermedad.

Al hablar del proceso salud-enfermedad, la OMS y algunos otros autores, señalan que para abordar los problemas de salud no hay que basarse sólo en la presencia de algún malestar, sino que deben considerarse los aspectos físicos, mentales, sociales, así como el grado de malestar y disfuncionalidad (Ornelas & Ruiz, 2016). La salud mental está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Las dificultades económicas y la inestabilidad social persistentes, constituyen un riesgo para el desarrollo de trastornos mentales; asimismo, los cambios sociales súbitos, la violencia, la discriminación de cualquier tipo, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos, entre otros factores, se encuentran

íntimamente asociados al desarrollo de problemas mentales y sus potenciales complicaciones, como lo es el fenómeno del suicidio (CCINSHAE, 2015).

En la actualidad, se considera que el origen de la enfermedad mental está determinado por una compleja interacción entre la herencia y los factores ambientales. Se ha demostrado que en muchos trastornos mentales la herencia está implicada, ya que una persona predispuesta por su composición genética, experimenta situaciones de gran estrés en su vida familiar, social o laboral. De hecho, los expertos consideran que la disfunción de diversos mediadores químicos en el cerebro (neurotransmisores) contribuye en la aparición de trastornos mentales (Carney, 2017).

La definición de trastorno mental y la línea entre la salud y la enfermedad mental, se encuentran en relación con la difícil diferenciación entre normalidad y anormalidad. El debate entre lo que se considera normal o anormal es controvertido y entraña la búsqueda de unos parámetros que ayuden a detectar lo que se debe considerar normal respecto de lo patológico, con objetivo de identificar esto último y tratarlo. Sin embargo, definir la línea divisoria entre normalidad y anormalidad es bastante complejo, careciendo actualmente de unos fundamentos aceptados de forma unánime. Se proponen una serie de criterios que, usados conjuntamente, podrán ayudar en esta distinción, ya que ninguno de ellos es lo suficientemente sensible como para discriminar todos los síntomas mentales.

Lo anormal como desviación estadística del conjunto de comportamientos y vivencias consideradas frecuentemente en la inmensa mayoría de personas. Algunos de los síntomas mentales son infrecuentes en el conjunto de la población, ya sea por sus características o por su intensidad. Sin embargo, no toda conducta o fenómeno que se escapa de la norma estadística

puede ser considerado anormal. Lo anormal como presencia de lesión o disfunción de la fisiología humana. Lo anormal como una desventaja biológica. Lo anormal como una desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad (Oruño, 2010).

Parte del criterio médico de normalidad en el cual se diferencia claramente entre enfermedad y salud mental; es la normalidad como salud, la cual supone la ausencia de síntomas. Parte de un criterio estadístico en que lo normal es lo que aparece con mayor frecuencia. Se han señalado dos deficiencias notables a este criterio; no discriminan y matiza las anormalidades que, por exceso o por defecto, se sitúan en los extremos de la curva de Gauss; además de que no queda aclarada la esencia de la normalidad, así como tampoco los límites de salud y enfermedad. De alguna manera este enfoque de normalidad está relacionado con el criterio sociológico en el que la idea de salud se relaciona con la adaptación social y con la reacción positiva que el individuo provoca en el grupo social, lo que equivale a plantear la normalidad en función del contexto social. Sin embargo, el criterio sociológico no es suficiente, aunque participe, para definir la enfermedad (Vallejo, 2011).

Los trastornos mentales generan limitaciones o dificultades en diferentes ámbitos de la vida y la interacción con el entorno (emocional, personal, familiar, social, académico, laboral/ocupacional), sin embargo, con el tratamiento e intervenciones adecuadas estas limitaciones o dificultades pueden ser atendidas y trabajadas adecuadamente, permitiendo a las personas recuperar su capacidad para cuidar de sí mismo, desempeñar sus roles familiares, interactuar y mantener relaciones significativas, estudiar, trabajar y participar en actividades de su comunidad (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2016).

Un problema de salud mental afecta la forma como una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, de manera menos severa que un trastorno mental. Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de la vida, las personas experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

La línea divisoria entre poseer determinados rasgos de personalidad y padecer un trastorno de la personalidad está a veces muy difuminada. Por ello, la salud y la enfermedad mentales se entienden mejor como un continuo. La diferencia se basa en la duración de los síntomas, en el alcance del cambio en la conducta habitual de la persona y en la gravedad con que los síntomas afectan a la vida del sujeto. Cuando se piensa en la enfermedad mental, se debe distinguir la enfermedad mental grave persistente (crónica) que limita seriamente las actividades o la capacidad de trabajar, de episodios sintomáticos graves pero breves, que se pueden resolver, y de los síntomas crónicos que no interfieren con las actividades o el trabajo (Carney, 2017).

La presencia de una enfermedad mental afecta en diferente grado la calidad de vida que comprende condiciones de vida, satisfacción personal, etcétera; asimismo, encasillar a la persona enferma en un estereotipo tradicional acarrea sufrimiento, disfuncionalidad e incluso exclusión social, ya que al estigmatizar se afectan su autoestima y su desempeño social (Ornelas & Ruiz, 2016).

1.3 Trastornos psiquiátricos.

Un trastorno mental es un síndrome con relevancia clínica; esto es, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral.

Los trastornos describen únicamente procesos por lo que los pacientes con el mismo diagnóstico pueden ser diferentes entre sí en muchos aspectos importantes (síntomas, personalidad, otros diagnósticos, vidas personales, etc.) que no tienen nada que ver con su condición emocional o conductual. Además de que la anormalidad está permeada también por la cultura de cada individuo (Morrison, 2014).

Las alteraciones de la salud mental (trastornos psiquiátricos o psicológicos) implican alteraciones en el pensamiento, en las emociones y/o en la conducta. Las alteraciones leves de estos aspectos vitales son frecuentes, pero cuando la persona se angustia de forma intensa y/o interfiere en su vida diaria, se consideran enfermedades mentales o trastornos de la salud mental. Los efectos de la enfermedad mental pueden ser temporales o de larga duración. Estos trastornos se originan a partir de una compleja interacción entre factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y hereditarios (Carney, 2017).

En este apartado se hablará concretamente de los trastornos que pueden requerir de los servicios de la hospitalización psiquiátrica desde los criterios que se utilizan dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Debido a que esta institución forma parte de la Secretaría de Salud, en este hospital psiquiátrico se pueden tratar todo tipo de trastornos psiquiátricos que

necesiten hospitalización, desde una hospitalización completa, parcial, o incluso el trabajo con los pacientes que ya no son hospitalizados, que forman parte de los pacientes ambulatorios y se encuentran en consulta externa, así como en otras instancias del hospital.

En este hospital se trabaja a partir del diagnóstico que realizan los médicos psiquiatras hacia los pacientes con base en las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento que presenta la Organización Mundial de la Salud (1993) en el CIE-10.

Dentro de este compendio de trastornos mentales y del comportamiento, se encuentran distintas categorías: Trastornos mentales orgánicos (F00-F09) incluidos los somáticos; Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotropas (F10-F19); Esquizofrenia (F20-F29), Trastorno esquizotípico y Trastornos de ideas delirantes; Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39); Trastornos neuróticos (F40-F49), secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-F59); Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69); Retraso mental (F70-F79); Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89); Trastorno comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F99) (OMS, 1993).

A continuación se presentan las principales características de los trastornos que fueron observados en pacientes hospitalizados y ambulatorios dentro del Hospital Psiquiátrico a lo largo de la prestación del servicio social en la URI. Esto a partir de la clasificación que se utiliza en el hospital por medio del CIE-10 (OMS, 1993), pero también enriqueciendo la información con

otros criterios de clasificación y la información que presentan otros autores; esto con el fin de presentar mejor las características principales y clasificaciones de los diferentes trastornos que fueron observados, brindar una información mas completa y actualizada, y así entender mejor los padecimientos psiquiátricos con los que se trabajó a lo largo de las actividades que se realizaron dentro de esta área. Cabe mencionar que algunos pacientes tenían más de un diagnóstico psiquiátrico (Tabla 2 – 4).

Tabla 2

Trastornos observados con mayor frecuencia

1. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Esquizofrenia: síntomas psicóticos básicos o que distorsionan el pensamiento de una persona; síntomas "negativos" o que hacen que sea difícil mostrar las emociones y tener una conducta normal; y síntomas cognitivos que afectan el proceso de pensamiento.

Trastorno esquizofreniforme (síntomas básicos de la esquizofrenia por menos tiempo); **Trastorno esquizoafectivo** (síntomas básicos de la esquizofrenia y síntomas prominentes de manía o depresión); **Trastorno psicótico breve** (uno de los síntomas); **Trastorno delirante.**

2. Trastornos del estado de ánimo

Trastorno depresivo mayor (uno o más episodios depresivos mayores; recurrentes o único); **Trastorno depresivo persistente o distimia** (menor gravedad y mayor duración que el trastorno depresivo mayor típico).

Trastorno bipolar (cambios de ánimo poco comunes en ciclos. Periodos de manías y de depresión); **Trastorno bipolar I** (se presenta uno o más episodios maníacos completos y puede tener un episodio depresivo mayor); **Trastorno bipolar II** (se presenta por lo menos un episodio hipomaníaco y uno o más episodios de depresión)

mayor); **Trastorno ciclotímico** (oscilaciones repetidas del estado de ánimo, pero de menor gravedad).

3. Trastornos de Ansiedad

Trastorno de pánico (repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso sin un peligro aparente, acompañados por síntomas físicos, inquietud sensación de pérdida de control); **Fobia específica** (temor a objetos o situaciones específicos); **Trastorno de ansiedad social** (situaciones sociales atemorizantes e insoportables, con síntomas internos y externos); **Trastorno de ansiedad generalizada** (ansiedad y preocupación continua que no está relacionada con un evento o situación particular); **Trastorno de ansiedad por separación.**

4. Trastornos Relacionados con Traumas y Factores de Estrés

Trastorno de estrés postraumático (se revive en forma repetida un evento traumático intenso); **Trastorno de estrés agudo** (inicia durante algún evento estresante o de inmediato tras el mismo); **Trastorno de adaptación** (se desarrollan síntomas que desaparecen una vez que cede la causa del estrés); **Problemas relacionados con maltrato, abuso o negligencia.**

5. Trastornos Relacionados con Sustancias y Adicciones

Trastorno por consumo de sustancias (se ha utilizado una sustancia con frecuencia suficiente para que le genere malestar clínica importante o compromiso en su desempeño, y para producir o resultar en cierto comportamiento característico); **Intoxicación por sustancia** (cuadro clínico agudo deriva del consumo excesivo reciente de alguna sustancia); **Abstinencia de sustancia** (conjunto de síntomas que se desarrolla cuando una persona que ha consumido con frecuencia una sustancia, deja de utilizarla, o reduce en forma intensa la dosis)

6. Trastornos de la Personalidad

A: Paranoide (personas suspicaces, que se ofenden con facilidad, confían poco y mal interpretan); **Esquizoide** (poco interés en las relaciones sociales, rango emocional restringido y parecen indiferentes a la crítica o a los elogios); **Esquizotípico** (relaciones interpersonales difíciles, suspicacia, percepciones o pensamiento inusuales, lenguaje excéntrico y afecto inapropiado).

B: Antisocial (patrón prolongado de manipulación, explotación o violación de los derechos de otros. A menudo es delictivo); **Limítrofe** (personas impulsivas con conductas de riesgo, ira intensa e inapropiada, e intentan evitar de manera frenética el abandono); **Histriónico** (en extremo susceptibles, vagos y desesperados por obtener atención); **Narcisista** (sensación excesiva de importancia, envidia, fantasías de éxito o rumiación en torno a la singularidad de sus problemas).

C: Evitación (personas tímidas que se sienten heridas con facilidad por las críticas, dudan involucrarse con otras y temen a la vergüenza); **Dependiente** (necesitan la aprobación de otros, dificultad para tomar decisiones por sí mismas, temor al abandono y la crítica).

Nota: En la presente tabla se muestran los trastornos más frecuentemente observados en los pacientes durante en la prestación del servicio social, así como una breve descripción de sus características principales basado en el Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos (2016), DSM-5 Guía para el diagnóstico Clínico (2014), Essential Abnormal & Clinical Psychology (2015) y Adult Psychopathology and Diagnosis (2014) .

Tabla 3

Trastornos observados con menor frecuencia

1. Trastornos disociativos primarios

Amnesia disociativa (no se puede recordar información importante que suele ser de naturaleza personal);

Trastorno de identidad disociativo (desconexión y falta de continuidad entre pensamientos, recuerdos, entornos, acciones, realidad e identidad); **Trastorno de despersonalización/desrealización** (episodios de desprendimiento y observación del propio comportamiento desde el exterior.)

2. Trastornos de Síntomas Somáticos y Otros Relacionados

Trastorno de síntomas somáticos (somatización; se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que carecen de explicación); **Trastorno de ansiedad por enfermedad** (hipocondriasis; se desarrollan un temor infundado de padecer alguna enfermedad grave); **Simulación o Trastorno facticio aplicado a uno mismo** (se exageran o

simulan de manera intencional síntomas para atraer la atención o evitar un castigo).

3. Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos

Pica (ingesta de materiales que no son alimento); **Obesidad simple** (los problemas emocionales que contribuyen al desarrollo o la persistencia de la obesidad).

4. Trastornos del Sueño-Vigilia

Trastorno de insomnio (problemas para conciliar el sueño y/o quedarse dormido, causa poco sueño o de poca calidad y cansancio); **Apnea del sueño** (la respiración se interrumpe o se hace muy superficial. Se mencionan tres variedades principales: apnea e hipopnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño e hipoventilación relacionada con el sueño); **Trastorno de hipersomnolencia** (sopor o la somnolencia excesiva).

5. Trastornos Disruptivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta

Trastorno negativista desafiante (patrón recurrente de conducta oposicionista, negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad); **Trastorno explosivo intermitente** (episodios durante los cuales se actúa con agresividad); **Cleptomanía** (se roban de manera repetida objetos, al sentir una pulsión irresistible por hacerlo).

6. Trastornos Cognitivos

Delirium (problemas relacionados con el estado de alerta, a la vez que para el desplazamiento o la concentración de la atención; defecto de la memoria, la orientación, la percepción, las habilidades viso-espaciales o el lenguaje); **Trastornos neurocognitivos mayores y leves** (presentar anomalías de la capacidad para concentrar o desplazar la atención, esto no es prominente).

7. Trastornos Obsesivo-Compulsivo y Otros Relacionados

Trastorno obsesivo-compulsivo (se presentan pensamientos o comportamientos repetidos que parecen carecer de sentido, perfeccionismo, compulsión y rigidez); **Trastorno de dismorfia corporal** (pacientes con características físicas normales piensan que las partes de su cuerpo están deformadas o son feas); **Trastorno de excoriación**

(rascarse la piel de manera persistente y dañina).

8. Trastornos Parafílicos

Trastorno de exhibicionismo (pulsión por exponer los genitales a un extraño); **Trastorno de frotteurismo** (pulsiones relacionadas con el frotamiento de sus genitales contra una persona que no ha consentido a ello).

Nota: En la presente tabla se muestran trastornos que también fueron observados en los pacientes aunque con menor frecuencia, durante en la prestación del servicio social, así como una breve descripción de sus características principales basado en el Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos (2016), DSM-5 Guía para el diagnóstico Clínico (2014), Essential Abnormal & Clinical Psychology (2015) y Adult Psychopathology and Diagnosis (2014).

Tabla 4

Otros Factores que Pudieran Requerir Atención Clínica

Problemas de relación y familiares	Problemas relacionados con maltrato, abuso o negligencia
Problemas académicos y laborales	Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos
Problemas relacionados con el ingreso económico y la vivienda	Situaciones diversas
Problemas legales/conductuales	Otras condiciones que pudieran convertirse en foco de atención clínica
Problemas relacionados con cuestiones del cuidado de la salud	

Nota: En la presente tabla se muestran otros factores que pudieran requerir atención clínica observados durante en la prestación del servicio social, así como una breve descripción de sus características principales basado en el Manual

de codificación CIE-10-ES Diagnósticos (2016), DSM-5 Guía para el diagnóstico Clínico (2014), Essential Abnormal & Clinical Psychology (2015) y Adult Psychopathology and Diagnosis (2014).

2. Epidemiología y datos estadísticos de la enfermedad mental en México y el mundo

Se estima que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta en todo el mundo (CCINSHAE, 2015). Se puede entender que cualquier persona puede presentar un trastorno, problema o evento de salud mental en algún momento de su vida; esto dependerá de la forma como interactúan sus particularidades genéticas, congénitas, biológicas, psicológicas, familiares, sociales y los acontecimientos de su historia de vida (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12,2% y 48,6%, mientras que la prevalencia anual rondaría entre 8,4% y 29,1%. El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de bajos y medianos ingresos (Berenzon, et al.,2013).

Casi el 50% de los adultos padece un trastorno mental en algún momento de su vida. Más de la mitad de estas personas experimentan síntomas graves o moderados, siendo la depresión la primera causa de discapacidad por enfermedad. A pesar de esta elevada prevalencia de los trastornos mentales, sólo en torno al 20% de las personas que tienen una enfermedad mental reciben ayuda profesional (Carney, 2017).

Dentro de los trastornos mentales y los problemas de salud mental; los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. De hecho, muchas personas padecen ambas afecciones. (OMS, 2017).

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009). El estado epidemiológico de México, presenta una transición cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales que constituyen un problema importante de salud pública debido a su elevada prevalencia, la gran carga de enfermedad que generan y los altos costos económicos y sociales que producen. Uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. Además el tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina (Berenzon, et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2015), puso en marcha un proyecto de evaluación de los recursos disponibles en salud mental, en sus Estados Miembro; y proporcionando información actualizada sobre la disponibilidad de los servicios y recursos de salud mental en

todo el mundo, incluidos las asignaciones de fondos, los recursos humanos y los centros especializados.

2.1 Asignación de fondos.

En lo que respecta a los datos que presenta la Organización Mundial de la Salud, en relación a la salud mental, hasta el año 2011, el 2,8% fue la cantidad mediana del presupuesto de salud asignado a la salud mental en todo el mundo (OMS, 2018). El gasto público en salud mental es muy reducido en los países de ingresos bajos y medianos (menos de US\$ 2 por habitante). Una gran parte de estos fondos se destina a la atención hospitalaria, sobre todo a hospitales psiquiátricos (OMS, 2014). De acuerdo a los datos de gobernanza en salud mental por país, México brindaba solo un 0.65% de gastos para la salud mental, del total de gastos gubernamentales en salud; y no se encuentran datos de gastos en hospitales mentales, del total de gastos gubernamentales en salud mental. Sin embargo, se presenta que México, sí tiene una legislación de salud mental independiente, así como un plan de salud mental, y políticas de salud mental (OMS, 2013).

El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3 y el 4% del producto interno bruto; las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos directos como en la pérdida de la productividad de los propios enfermos y de sus familias (CCINSHAE, 2015).

2.2 Recursos humanos.

En lo que respecta a los recursos humanos, la Organización Mundial de la Salud presenta que el promedio de trabajadores de salud mental es de diez por cada 100.000 habitantes a nivel mundial, sin embargo hay diferencias muy marcadas entre países de ingresos bajos, medianos y altos (OMS, 2014). 60 países tenían menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes en 2014, esto quiere decir, el 45% de la población mundial vivía en un país de los ya mencionados. Además, había 7.7 enfermeras trabajando en salud mental por cada 100,000 habitantes (OMS, 2018).

De acuerdo con los datos por país, hasta el año 2014, en México, por cada 100,000 habitantes había: 0.67 psiquiatras; 2.81 enfermeras; 0.52 trabajadores sociales; y 2.11 psicólogos, trabajando en el sector de salud mental; que en la mayoría de los casos aumentó, desde los anteriores datos obtenidos en 2011 (OMS, 2015).

2.3 Centros especializados.

De acuerdo a la disponibilidad del servicio de salud mental, la OMS (2014), presenta que el promedio de camas destinadas a la salud mental es de menos de cinco por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos bajos y medianos y más de 50 en los países de altos ingresos; de igual manera se muestran grandes diferencias en cuanto a los servicios ambulatorios y el apoyo social.

En lo que respecta a los datos por país, hasta el año 2011, que en México, por cada 100,000 habitantes había: 0.04 hospitales mentales; 0.03 instalaciones para pacientes ambulatorios de salud mental; 0.05 instalaciones de tratamiento de día de salud mental; y no se encontraron datos acerca de instalaciones residenciales de la comunidad. En datos más específicos se encontró que, hasta el año 2014, en México, por cada 100,000 habitantes había: 0.12 camas para la salud mental en los hospitales generales; 0.05 camas en instalaciones residenciales de la comunidad; las cuales aumentaron desde los anteriores datos obtenidos en 2011; y 3.24 camas en hospitales mentales, que disminuyeron respecto a los datos del 2011 (OMS, 2014 & 2015).

2.4 Otros datos epidemiológicos relevantes.

Por último, cabe mencionar otros datos de suma relevancia que presenta la OMS, relacionados con la información previamente mencionada y que compete a las organizaciones de salud mental de cada gobierno del mundo.

La proporción de países que disponen de políticas, planes y legislación sobre la salud mental es mucho más elevada entre los de ingresos elevados que entre los de ingresos bajos; por ejemplo, solo el 36% de las personas que viven en países de ingresos bajos están amparadas por una legislación en materia de salud mental, en comparación con el 92% en los países de ingresos elevados. Los movimientos de la sociedad civil en pro de la salud mental no están bien desarrollados en los países de ingresos bajos y medios. Solo hay organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en el 49% de los países de ingresos bajos, en

comparación con el 83% de los de ingresos elevados; con respecto a las asociaciones de familiares, las cifras correspondientes son del 39% y el 80% (OMS, 2013).

Por otro lado la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es considerablemente baja y su uso se ve limitado por la falta de profesionales sanitarios cualificados con las facultades necesarias para prescribir medicamentos. Además, tampoco hay disponibilidad de tratamientos no farmacológicos ni de personal cualificado para ofrecer estas intervenciones. Estos factores constituyen obstáculos importantes a la atención adecuada de muchas personas con trastornos mentales (OMS, 2013).

Por último, cabe destacar que una de las maneras en las cuales la OMS mide el grado de salud mental y bienestar en la población alrededor del mundo, es a partir de los estadísticos relacionados con el suicidio. Cerca de 800,000 personas mueren cada año debido al suicidio, que equivale a una persona cada 40 segundos. El suicidio ocurre a lo largo de la vida y es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en todo el mundo. Es un fenómeno global; de hecho, el 78% de los suicidios ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) en 2015. El suicidio representó el 1.4% de todas las muertes en todo el mundo, convirtiéndose en la 17ª causa de muerte en 2015. Además hay indicios de que por cada adulto que murió por suicidio pudo haber habido más de 20 personas que intentaron suicidarse (OMS, 2018).

A nivel global, se presentaron cerca de 800,000 muertes por suicidio en todo el mundo en 2015. Esto indica una tasa de suicidio estandarizada por edad global anual de 10.7 por 100,000 habitantes. Las principales diferencias entre los países de altos ingresos y los países de ingresos

bajos y medianos (PIBM), son que los adultos jóvenes y las mujeres de mayor edad en los PIBM, tienen tasas de suicidio mucho más altas que sus contrapartes en los países de altos ingresos; mientras que los hombres de mediana edad en los países de altos ingresos tienen tasas de suicidio mucho más altas que los hombres de mediana edad en los PIBM (OMS, 2018).

La OMS, presenta los datos por región y por país, respecto a las tasas de suicidio crudas (C) y estandarizadas por edad (EpE), hasta el año 2015. Por cada 100,000 habitantes en todo el mundo, se presentan 10.7(C) / 10.67(EpE) suicidios de ambos sexos, 13.6(C) masculinos y 7.8(C) femeninos, sin embargo, estos han disminuido respectivamente en relación a los datos presentados por la OMS en las evaluaciones de años anteriores (Desde el 2000 hasta el 2015); en general ha disminuido hasta un 12%; hasta un 13% para los masculinos; y hasta un 11% para los femeninos, en los últimos 15 años. En relación a las Américas se presentan 9.6(C) / 9.09(EpE) suicidios de ambos sexos; y específicamente en México se presentan 5.0(C) / 5.0 (EpE) suicidios de ambos sexos, 7.9(C) / 8.1(EpE) masculinos y 2.1(C) / 2.1(EpE) femeninos; que a diferencia de los datos presentados a nivel mundial; estos datos han aumentado respectivamente en relación a los datos presentados por la OMS en las evaluaciones de años anteriores; en general ha aumentado hasta un 36%; en los masculinos hasta un 23%; y en los femeninos hasta un 91%, en los últimos 15 años. Cifras que deben de tomarse en la consideración pertinente (OMS, 2017). Con base en los datos epidemiológicos, se pueden implementar intervenciones efectivas y basadas en evidencia en población, subpoblación y niveles individuales para prevenir el suicidio y los intentos de suicidio (OMS, 2018).

3. Prevención de la enfermedad mental

La salud mental, como otros aspectos de la salud, tiene que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno. Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen características individuales, así como factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (OMS, 2013).

La promoción de la salud busca aumentar el control sobre la salud y sus determinantes. La amplia gama disponible de estrategias e intervenciones se dirige a fortalecer las destrezas de las personas y cambiarlas condiciones sociales, económicas y ambientales para reducir su impacto sobre la salud. La prevención está muy relacionada con la promoción. La prevención de las condiciones de salud (por ejemplo, enfermedades, desórdenes y lesiones), se relaciona con las medidas de prevención primaria (evitar), prevención secundaria (detección temprana y tratamiento temprano) y prevención terciaria (rehabilitación) (OMS, 2012).

La prevención tiene diferentes ópticas, la socio ambiental, la biomédica y la psicológica o conductual. La prevención socio ambiental se considera desde la perspectiva de la disponibilidad de circunstancias físicas favorables a la prevención de la enfermedad y un desarrollo biológico armónico así como la existencia de prácticas culturales del grupo congruentes con el propósito de promover la salud y eliminar condiciones patológicas de carácter biológico. la factibilidad práctica de un prevención ambiental siempre pasa a través de las conductas individuales.

La prevención biomédica se concibe normalmente en dos planos que son complementarios: La inmunización ante los agentes infecciosas potenciales y la detección y

tratamiento tempranos de patologías incipientes y sus indicadores iniciales. Desde el punto de vista médico asistencial se consideran tres niveles de atención a la salud y tres niveles de prevención; primario, secundario y terciario; estos se desarrollan a continuación (Gavilán, 2015).

3.1 Prevención primaria.

La prevención primaria se marca como objetivo disminuir la incidencia de los trastornos mentales, prevenir que aparezcan casos nuevos; y para ello intenta combatir sus causas (Lobo, 2013).

El nivel primario de atención a la salud y prevención se implica a las siguientes acciones:

- A. Promoción de la salud y sanidad ambiental
- B. Desarrollo de hábitos alimentarios que auspicien el desarrollo y la nutrición
- C. Divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales
- D. Campañas de inmunización preventivas de enfermedades infecciosas y crónico degenerativas
- E. Detección y curación de enfermedades infectocontagiosas de naturaleza endémica
- F. Diagnóstico temprano de riesgo de enfermedad o de patologías incipientes para su canalización terapéutica a los dos niveles restantes de atención
- G. Otras

Las acciones de prevención primaria propiamente dichas, constituyen prácticas vinculadas con la vida cotidiana de los individuos previa a la aparición de riesgos biológicos o de patologías incipientes es decir constituyen acciones en el ámbito de lo psicológico; acciones

vinculadas al comportamiento del usuario de los servicios de salud. Las acciones preventivas primarias pueden ubicarse en los factores que corresponden a la etapa de proceso de la salud: la historia interactiva, las competencias situacionales efectivas y la modulación contingencial de las reacciones biológicas (Gavilán, 2015).

Tradicionalmente, el índice de mortalidad asociado a la enfermedad era el principal criterio para determinar las necesidades de atención, sin embargo, ahora también los niveles de discapacidad o años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuidos a una enfermedad, son un elemento a considerar en la toma de decisiones (CCINSHAE, 2015). Los trastornos mentales son un problema prioritario de salud pública, ya que se inicia a edades tempranas, tiene una importante comorbilidad y genera altos niveles de discapacidad, lo cual representa una carga para las familias, la sociedad y las instituciones gubernamentales (Campo-Arias & Cassiani-Miranda, 2008).

Se pretende la búsqueda de la protección y promoción de la salud mental, lo cual consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental (OMS, 2018). Existe una necesidad por desarrollar intervenciones no sólo de tipo clínico, sino psicosociales y psicoeducativas, que permitan promover estilos de vida saludables y permitir reconocer que ciertas conductas que parecen irrelevantes no son necesariamente saludables, con el fin de prevenir riesgos y poder detectar tempranamente los síntomas, para favorecer la calidad de vida (Ornelas & Ruiz, 2016).

Existe una relación muy compleja entre los factores socioeconómicos y culturales y los trastornos mentales, lo cual amerita la realización de más diseños analíticos que determinen los factores reales de riesgo que sean objeto de programas de prevención específicos; así como acciones comunitarias en salud mental para vencer las barreras, así como un mayor compromiso político de los gobiernos para el diseño de políticas preventivas de impacto en salud pública (Campo-Arias & Cassiani-Miranda, 2008).

Existen factores de riesgo psicosocial para el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas; se deben conocer estos factores que las rodean para poder prevenirlas. Algunos de estos son: genéticos, enfermedades médico-quirúrgicas con implicaciones psiquiátricas, características temperamentales y personalidad desarrollada. Recursos psicológicos generales, educación recibida, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes psiquiátricos personales, factores de riesgo laboral, situación familiar, salud psíquica de los progenitores y su influencia sobre el hijo, afectividad durante la infancia, relaciones sociales, pérdidas y duelos recientes, grupo de población de riesgo por raza, situación vital, ámbito laboral, sociedad, etc. (Oruño, 2010).

3.2 Prevención secundaria.

La prevención secundaria tiene como objetivo disminuir la prevalencia, su frecuencia en un tiempo o momento determinado; y la duración de los trastornos. Su estrategia es la detección

precoz de los trastornos, antes de que se agraven y tengan consecuencia, seguida del consiguiente y temprano tratamiento (Lobo, 2013).

El nivel secundario de atención y prevención a la salud cubre normalmente:

- A. Detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance
- B. Diversos tipos de cirugía mayor y menor
- C. Atención en partos
- D. Trasplantes de órganos
- E. otros

En la prevención secundaria figuran las conductas instrumentales de riesgo y de manera parcial las conductas asociadas a la enfermedad (Gavilán, 2015).

La salud mental debe estar integrada en los sistemas sanitarios y la mayoría de los trastornos mentales pueden y deben abordarse en el ámbito de la atención primaria; sin embargo, los recursos para afrontar esta problemática son muchas veces insuficientes, no están distribuidos apropiadamente y en muchos países todavía subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico. Esto ha determinado la existencia de una brecha importante de atención y tratamiento; es decir, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, y debe agregarse que generalmente los trastornos mentales afectan en mayor grado a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos. A esto se une el estigma y la discriminación que siempre ha rodeado a la enfermedad mental y que aún constituye un poderoso obstáculo (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009).

En la actualidad es menos probable que las personas con enfermedades mentales que necesitan hospitalización sean sometidas a aislamiento y a contención, y con frecuencia son confiados a centros de día en una fase temprana de su enfermedad. Estas instalaciones son menos costosas porque requieren menos personal, se prima la terapia de grupo por encima de la individual y los usuarios pernoctan en su domicilio o en centros de internación parcial (Carney, 2017).

En las últimas décadas se ha permitido comprender mucho mejor los trastornos mentales, y porque disponemos de tratamientos apropiados así como de datos probatorios sobre la factibilidad de intervenciones efectivas y de bajo costo mediante la atención primaria (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009). Sin embargo, debe tomarse en cuenta que entre las principales barreras para recibir tratamientos apropiados se encuentran: problemas de organización, normatividad excesiva, falta de comunicación en el equipo de salud, mala coordinación para el abasto de medicamentos, falta de recursos en la institución y estigma hacia la enfermedad mental, que son aspectos que deben mejorarse para brindar un tratamiento de calidad (Ornelas & Ruiz, 2016). Con la detección temprana y la atención oportuna, la mayoría de las personas con un trastorno o problema mental, se recuperan rápidamente y sin la necesidad de cuidado hospitalario. En otros casos, son necesarias estadías cortas en hospital para recibir tratamiento, y en un pequeño número de personas con enfermedades mentales, es necesario un cuidado hospitalario prolongado (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

3.3 Prevención terciaria.

La prevención terciaria se propone minimizar el deterioro producido por los trastornos y reducir la potencial discapacidad y minusvalía. La estrategia es evitar o tratar complicaciones y poner en marcha programas de rehabilitación (Lobo, 2013).

El nivel terciario de atención y prevención a la salud cubre normalmente:

- A. Rehabilitación de Pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos
- B. Atención a pacientes terminales
- C. Tratamiento de cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requieren tanto de internamiento más o menos prolongado, así como de tratamientos ambulatorios.
- D. Otros

La prevención terciaria incluye las conductas asociadas a enfermedad y las conductas instrumentales preventivas correlacionadas con patología biológica (Gavilán, 2015).

La rehabilitación es un conjunto de medidas que le permiten a las personas con discapacidad lograr y mantener un funcionamiento óptimo en su ambiente. La rehabilitación es relevante tanto para los que adquieren discapacidades durante su vida, como para los que tienen discapacidades desde su nacimiento. Los servicios de rehabilitación van desde los servicios básicos hasta los especializados, y se brindan en muchos sitios diferentes, por ejemplo, hospitales, hogares y ambientes comunales. La rehabilitación es usualmente iniciada por el sector de la salud, pero requiere la colaboración entre todos los sectores (OMS, 2012).

En las últimas décadas, se ha desarrollado un movimiento en el que las personas con enfermedades mentales estén fuera de las instituciones (desinstitucionalización) y apoyarlas para que vivan en comunidad. Esto ha sido posible gracias al desarrollo de fármacos efectivos y a ciertos cambios en la actitud hacia los enfermos mentales. Sin embargo, el movimiento de desinstitucionalización ha supuesto también algunos problemas, ya que, en la actualidad las leyes no permiten institucionalizar a las personas con enfermedades mentales que representan un peligro para sí mismas o para la sociedad, ni tratarlos contra su voluntad. Aunque estas leyes protegen los derechos civiles, hacen que sea más difícil proporcionar tratamiento a muchos enfermos mentales que lo requieren, algunos de los cuales pueden actuar de forma extremadamente irracional si no reciben tratamiento (Carney, 2017).

Se han desarrollado técnicas de terapia familiar que previenen la necesidad de reingreso en las personas que padecen enfermedades mentales crónicas. Hoy en día, la familia de un enfermo mental se implica más que nunca como aliado en el tratamiento (Carney, 2017).

Existen diferentes razones para el desconocimiento sobre temas de salud mental y los servicios relacionados con su prevención, atención, tratamiento y rehabilitación; sin embargo, un gran número de personas con trastornos y problemas mentales, así como sus familias, no acceden a los servicios de salud debido al estigma público y al auto-estigma. Esto es debido a la construcción de los estereotipos fuertemente arraigados en la historia de la sociedad, relacionados con peligrosidad, incompetencia y falta de voluntad de las personas con trastornos mentales.

Un gran número de personas generan prejuicios relacionados a estos estereotipos, que los llevan a la discriminación de las personas con trastornos o problemas mentales, a sus familias y personas que los rodean. Todo esto se debe en principio al desconocimiento de los trastornos y problemas de salud mental; como identificarlos de manera oportuna; su tratamiento y pronóstico; así como su manejo dentro de la familia y la comunidad; lo que puede conllevar a denegar la atención de salud. A su vez se desarrolla el auto-prejuicio, que conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente en relación al autoestima y autoeficacia bajas, que a su vez generan comportamientos tendientes al fracaso académico o laboral; o en aprovechar oportunidades para vivir de manera independiente (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

El tratamiento, la rehabilitación integral y la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales, y sus familias, no depende solo de la oportunidad y la calidad de recibir la atención en salud; es indispensable que los diferentes sectores (educación, cultura, deporte, justicia, trabajo, comunicaciones y la comunidad en general) transformen sus estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias en relación con la salud mental, haciendo los ajustes razonables que permitan el acceso de estas personas a sus programas y servicios de atención a su problemática (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

Hay enormes desafíos por delante, en especial la reducción de la brecha de tratamiento, la mejora del uso de los recursos disponibles, la reestructuración de los servicios de salud mental basados en un modelo de tipo comunitario y la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009).

4. Tratamiento

Los trastornos y problemas mentales pueden curarse, rehabilitarse o controlarse con un tratamiento adecuado; los medicamentos e intervenciones, hoy en día son cada vez más específicos y selectivos. Se utilizan de manera independiente para cada caso individual, haciendo un trabajo multidisciplinario entre distintos tipos de tratamiento, como el tratamiento farmacológico, rehabilitación socio-laboral, psicoterapias, apoyo familiar, entre otros (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014).

La mayoría de los métodos de tratamiento de las enfermedades psiquiátricas pueden clasificarse en métodos somáticos o métodos psicoterapéuticos. Los tratamientos somáticos incluyen fármacos, terapia electroconvulsiva y otros que estimulan el cerebro (como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación del nervio vago). Los tratamientos psicoterapéuticos incluyen la psicoterapia (individual, grupal, o familiar y conyugal), técnicas de terapia conductual (por ejemplo, técnicas de relajación o la terapia de exposición), y la hipnoterapia. En el caso de los principales trastornos de la salud mental, la mayoría de los estudios sugieren que un enfoque terapéutico que contemple la utilización conjunta de fármacos y psicoterapia resultará más eficaz que cualquiera de los métodos de tratamiento empleados por separado (Carney, 2017).

La Organización Mundial de la Salud analizó los datos probatorios para el tratamiento eficaz de los trastornos mentales y llegó a la conclusión de que un enfoque combinado psicosocial y farmacológico probablemente sea el que dé mejores resultados (OMS, 2009). A

continuación se presentan los tratamientos que ofrece la institución donde se llevó a cabo el servicio social:

4.1 Tratamiento farmacológico.

Es el tratamiento más común que se utiliza dentro del hospital. Este tipo de tratamiento se ha utilizado desde hace varias décadas. Comenzó en la década de 1950 con la introducción de los neurolepticos, comenzando con la clorpromacina en el año 1952. Posteriormente se empezaron a utilizar otros neurolepticos y antipsicóticos; y después de los avances biológicos surge la introducción de los antidepresivos en 1957. Posteriormente, un espectacular avance terapéutico dio pie a que en la década de 1960 se introdujeron medicamentos como las benzodiacepinas, y el carbonato de litio; y finalmente en la década de 1980 se introducen los antidepresivos serotoninérgicos (Lobo, 2013).

En la actualidad, existe gran número de fármacos psicoactivos de elevada eficacia y uso extendido entre los psiquiatras y otros médicos. La clasificación de estos fármacos suele hacerse en función del trastorno para el que habitualmente se prescriben (Carney, 2017).

Entre los medicamentos más utilizados encuentran: **Los antipsicóticos** (neurolepticos en su denominación original), también llamados tranquilizantes mayores, se han presentado en dos generaciones, la primera generación o típicos, y posteriormente la segunda generación, nuevos o atípicos. Estos medicamentos se utilizan con frecuencia en trastornos mentales graves; para enfermedades como la esquizofrenia y los delirios persistentes; sin embargo se utilizan además

en otras psicosis activas, como la manía aguda y la depresión psicótica, así como algunas demencias, delirium, psicosis en el abuso de alcohol u otras sustancias y la agitación psicomotriz importante y otras conductas psicóticas. Aunque estos medicamentos también han sido utilizados para trastornos no psicóticos en algunas situaciones especiales. Entre los principales efectos adversos de este tipo de medicamento se encuentra el síndrome neuroléptico maligno, distonías agudas, discinesias tardías, posible toxicidad en interacciones y frecuente síndrome metabólico (Lobo, 2013).

Los antidepresivos son un grupo heterogéneo de medicamentos psicotropos, que su denominador en común es su efecto antidepresivo, pero no sólo funciona con trastornos depresivos, pues también tiene efectividad en los trastornos de ansiedad y en algunos otros. Entre sus subtipos encuentran los tricíclicos, inhibidores de monoaminoxidasa, inhibidores selectivos y otros. Presenta efectos secundarios tales como distonías agudas, acatisia, parkinsonismos, discinesia tardía, infarto de miocardio reciente, cardiopatía y trastornos del ritmo cardíaco, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo estrecho, epilepsia, hepatopatía grave, entre otros (Lobo, 2013).

Los ansiolíticos son medicamentos psicotrópicos destinados a tratar la ansiedad principalmente, y no sólo se utilizan en tratamiento sino también en prevención. Las principales son las benzodiazepinas, consideradas de primera elección; también se encuentran los betabloqueantes que tienen acción preferentemente periférica en la ansiedad; la buspirona que tiene muy pocos efectos secundarios; y el resto de los fármacos que es menos recomendable porque tienen grandes efectos secundarios. Dentro de los efectos secundarios más comunes se

encuentra la somnolencia, interferencia en el rendimiento, depresión respiratoria, intoxicación, así como dependencia (Lobo, 2013).

Los eutimizantes o estabilizadores del estado de ánimo, son también llamados estabilizadores o reguladores del ánimo, y a veces anticonvulsivos, por su procedencia del campo antiepiléptico, que pertenecen a un grupo claramente heterogéneo de fármacos que son eficaces estabilizando el estado de ánimo; por lo que se utiliza principalmente en los trastornos afectivos o del humor, y son sobre todo conocidos por su potencial de prevenir recaídas en los trastornos bipolares; además de funcionar en las fases agudas principalmente de manía o euforia. El medicamento principal de este grupo es el litio, aunque también hay otros como la carbamazepina, valproato, lamotrigina, entre algunos otros, como es el caso también de algunos antipsicóticos. Entre los efectos secundarios más comunes de este grupo se encuentran las náuseas, vómitos, vértigo, mareo, cefalea, temblores, somnolencia, etc. (Lobo, 2013).

La decisión de prescribir un tratamiento farmacológico debe tener en cuenta los beneficios y riesgos potenciales para cada paciente. Los profesionales de la salud deben hablar con los pacientes, los miembros de la familia o las personas que se ocupan de ellos acerca de estos beneficios y riesgos potenciales (OMS, 2009) .

Se debe dar prioridad al acceso a los medicamentos esenciales. Los psicofármacos esenciales deben estar siempre disponibles en todos los niveles de la atención sanitaria. Estos fármacos deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada país y estar disponibles, en la medida de lo posible. En algunos países puede ser necesario modificar la legislación con

ese fin. Estos medicamentos pueden paliar síntomas, reducir la discapacidad, acortar la evolución de muchos trastornos y prevenir las recaídas. A menudo constituyen el tratamiento de primera línea, sobre todo en situaciones en las que no puede recurrirse a intervenciones psicosociales ni a profesionales altamente capacitados.

Los psicofármacos esenciales deben estar siempre disponibles en todos los niveles de la atención de la salud y deben figurar en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (LME); además de tener personal sanitario capacitado para usarlos en el tratamiento de personas con trastornos mentales. Mejorar el acceso a los psicofármacos esenciales es un componente clave para facilitar y agilizar el acceso a servicios de atención de salud mental eficaces. Los psicofármacos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de la atención de salud mental de una población. Se seleccionan teniendo en consideración su importancia para la salud pública, los datos probatorios de eficacia y seguridad y la rentabilidad relativa (OMS, 2009).

No todas las farmacoterapias “eficaces” son “esenciales”; esto puede resultar más claro una vez que se conozcan más a fondo factores tales como la eficacia de los tratamientos a largo plazo, las ventajas en relación a opciones más baratas y la rentabilidad. Se han seleccionado los siguientes medicamentos de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (LME) para el tratamiento y control de los trastornos mentales: clorpromazina, flufenazina, haloperidol (medicamentos utilizados en los trastornos psicóticos); amitriptilina, fluoxetina (medicamentos utilizados en los trastornos depresivos); carbamazepina, carbonato de litio, ácido valproico (medicamentos utilizados en los trastornos bipolares); diazepam (medicamento utilizado en la

ansiedad generalizada y los trastornos del sueño); clomipramina (medicamento utilizado en los trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico); metadona y buprenorfina (medicamentos utilizados en los programas de tratamiento de la dependencia de sustancias psicotrópicas) (OMS, 2009) .

Tanto el paciente como los familiares del mismo deben estar informados acerca de todo el tratamiento farmacológico; principalmente para qué sirve, cuáles son las indicaciones al tomarlo y los efectos secundarios. Actualmente se van refinando los fármacos disponibles, en la búsqueda de mayor eficacia y menos efectos adversos, Además de que se van diseñando nuevos fármacos en respuesta a nuevas hipótesis biológicas en los distintos trastornos buscando también mejores tratamientos (Lobo, 2013).

4.2 Terapia electroconvulsiva.

En la terapia electroconvulsiva, se aplican una serie de descargas eléctricas en el cerebro mediante unos electrodos situados en la cabeza de la persona estando ésta bajo sedación, que inducen convulsiones de carácter leve. Muchas personas tratadas mediante terapia electroconvulsiva experimentan una pérdida transitoria de la memoria. Sin embargo, la terapia electroconvulsiva, pese a las opiniones vertidas por algunos medios de comunicación, es segura y raramente origina otras complicaciones. El uso actual de anestésicos y relajantes musculares han reducido en gran medida el riesgo para quien recibe este tipo de terapia (Carney, 2017).

La técnica está dirigida a provocar una convulsión tónico-clónica generalizada, clínicamente visible y con los cambios fisiológicos subyacentes; que para la efectividad clínica del procedimiento debe persistir un mínimo de 30 segundos. Se pretende conseguir los resultados con el mínimo de energía eléctrica y con máxima precaución para evitar efectos adversos. Normalmente se lleva a cabo una serie que consiste de 6 a 12 sesiones como promedio en días alternos. El número de sesiones puede variar acorde a las circunstancias; y en ocasiones se utiliza una terapia electroconvulsiva con sesiones mensuales para el mantenimiento de los resultados.

Para poder realizar la terapia electroconvulsiva se necesita hacer un examen médico completo previo y debe de haber un consentimiento informado, además de que en todo momento se monitoriza al paciente para mayor seguridad (Lobo, 2013).

Esta terapia ha demostrado ser claramente el tratamiento más eficaz para la depresión grave (Con una eficacia del 80% de los casos). Se utiliza sobre todo en la práctica clínica habitual para pacientes que no responden y/o toleran mal los antidepresivos y en situaciones que requieran rápida respuesta, por su gravedad y, sobre todo, por el riesgo de suicidio. La respuesta es mejor aún cuando hay alteración psicomotriz, en particular inhibición y/o existen síntomas psicóticos.

En la práctica hay otras indicaciones menos frecuentes como es el caso de la esquizofrenia aguda o la manía aguda; en las que se suele utilizar ante el fracaso de los medicamentos respectivos o en situación límite de gravedad y necesidad de una rápida respuesta.

Es importante mencionar que esta técnica no es útil y no debe utilizarse en distimia y depresiones neuróticas o en trastornos de la personalidad (Lobo, 2013).

Entre los efectos adversos más comunes se encuentran las fracturas, debido a la contracción muscular, pero que ahora son muy excepcionales ya que la técnica ha sido modificada con curarizantes. En ocasiones se presentan cefaleas y confusión mental pero son pasajeras; se puede presentar hipertensión y arritmias, pero en casos sin antecedentes son pasajeras y se tienen en cuenta en la monitorización. Algunos otros efectos importantes como el delirio o las convulsiones persistentes son muy raros, y la mortalidad en la técnica es mínima. Por lo tanto los efectos adversos son reales y deben tenerse en cuenta pero las ventajas son muy importantes, por lo que el balance es claramente positivo a favor de la técnica (Lobo, 2013).

Otros tratamientos que estimulan el cerebro, como la estimulación magnética transcraneal repetitiva y la estimulación del nervio vago, se encuentran todavía en fase de estudio y podrían resultar beneficiosas en personas con depresión grave que no han respondido a los fármacos o al tratamiento psicoterapéutico. Estas terapias implican la activación o estimulación del cerebro directamente con imanes o implantes que estimulan el nervio vago. Se cree que las células estimuladas liberan mensajeros químicos (neurotransmisores) que ayudan a regular el estado de ánimo y, por tanto, pueden aliviar los síntomas de la depresión. Estos procedimientos se utilizan normalmente en aquellos que no responden a los fármacos o a la psicoterapia (Carney, 2017).

4.3 Tratamiento psicológico.

Hay una gama de intervenciones de atención de la salud disponibles que pueden promover la recuperación de las personas con problemas de salud mental. Las intervenciones médicas pueden incluir la receta de drogas psicotrópicas (antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del humor) y tratamiento para condiciones de salud física asociadas. Las intervenciones psicológicas pueden incluir una o más de las siguientes: educación acerca de la condición y opciones de tratamiento, asesoría, psicoterapia individual o de grupo e intervenciones familiares (OMS, 2012).

La **psicoterapia** se refiere al tratamiento de una enfermedad psíquica, de un trastorno psicossomático o de una inadaptación (Oruño, 2010), mediante métodos psicológicos que implican un objetivo específico a tratar por medio de técnicas específicas (Lobo, 2013). Se trata de una relación/ proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo (Oruño, 2010). Es entonces todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a a partir de las manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, en la adaptación al entorno, en la salud física y psíquica, en la integridad de la identidad psicológica y en el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Esta dirigida a la prevención, curación o alivio de síntomas y trastornos bio-psico-sociales, mediante técnicas de comunicación, interacción y aprendizaje (Oruño, 2010).

En esta se toman en consideración varios elementos importantes como la confianza con el paciente, que se establece con el paciente desde el primer contacto; la autoridad que transmite el

experto para intentar resolver/mejorar el problema; clarificar los síntomas y circunstancias de enfermedad o problema que el paciente refiere, así como su relación con acontecimientos vitales o biográficos. De aquí se deriva también la alianza terapéutica, el compromiso entre el paciente y el profesional para llevar a cabo el tratamiento y se pueda hacer un contrato tácito que concrete el tipo, la duración y las características del tratamiento (Lobo, 2013).

Existe una gran diversidad de psicoterapias que se diferencian en cuanto a sus objetivos, los principios teóricos subyacentes, los focos de tratamiento y las técnicas para alcanzar los objetivos propuestos. Los modelos de psicoterapia se clasifican en función del número de sujetos implicados y el sistema conceptual que sirve de base (Oruño, 2010).

Respecto al número de sujetos implicados se encuentra la clasificación: individual (alivio de síntomas, cambio de las relaciones interpersonales o de ciertas dinámicas específicas individuales); conyugal o de pareja (modificación de la interacción entre los miembros de una pareja, cuando está es conflictiva en los ámbitos que comparten); familiar (determinar qué función homeostática está desempeñando el paciente señalado en el sistema familiar; modificar las reglas inadecuadas que rigen en la familia; mejorar el reconocimiento de la dinámica intergeneracional; y desalentar la adjudicación de culpas); de grupo (ejercer una acción psicoterápica simultánea, como en el caso individual, sobre un grupo de individuos reunidos a tal fin). Se encuentran también diferentes tipos de psicoterapia, por su enfoque teórico, entre las cuales se encuentran la psicoterapia general y las psicoterapias especiales o particulares (Oruño, 2010).

La **psicoterapia general** es el método más utilizado en la práctica psiquiátrica, médica y asistencial. Su sistema conceptual o ideario etiopatogénico se basa en el modelo bio-psicólogo-social y psicológico vivencial, como marco teórico de referencia para entender la salud y la enfermedad, y atribuye su capacidad terapéutica a las propiedades, que para modificar vivencias, conductas y actitudes, tiene los fenómenos de relación interpersonal, comunicación terapéutica, interacción y aprendizaje, que tienen lugar en la relación de asistencia y la entrevista clínica (Oruño, 2010). Tiene diferentes técnicas: formales, operativas y auxiliares. Las técnicas formales influyen en el cambio sobre todo a través de la intensidad y la calidad de relación que producen (de relación como la empatía; de comunicación como la psicoescucha; y de interacción como el apoyo). Las técnicas operativas influyen más directamente en la conducta del paciente por el impacto de contenido que transmiten (de relación como la interacción; de comunicación como la verbalización; y de interacción como la persuasión). Finalmente las técnicas auxiliares que son todas esas técnicas de relación, comunicación, interacción y aprendizaje, procedentes de los diferentes métodos y modelos particulares de psicoterapia, que independientemente de la teoría que lo sustenta, resultan eficaces para la resolución de los trastornos y problemas del paciente (cognitivo-conductuales, humanístico-existenciales, dinámicas y sistémicas) (Oruño, 2010).

Este tipo de psicoterapia adecua sus procedimientos a los diferentes objetivos que persigue la resolución de asistencia y se organiza en una serie de métodos. Unos relacionales o formales, que basan su eficacia en aspectos formales de la relación con objetivos más globales (psicoterapia implícita o comunicación terapéutica; psicoescucha y la psicoterapia de apoyo). Otros más focalizados en determinados objetivos, que basan su eficacia en la consecución concreta de dichos objetivos, y más estructurados o formalizados, que implican para su desarrollo un compromiso explícito previo en el terapeuta y el paciente, con una secuencia

prevista y, según los métodos, más o menos regulada de sesiones de psicoterapia (asesoramiento, psicoterapia interpersonal, psicoterapia cognitivo-conductual) (Oruño, 2010).

La psicoterapia implícita o comunicación terapéutica, que se basa en la actitud psicoterápica que subyace en toda relación clínica adecuada y que básicamente presupone la comprensión del paciente mediante una comunicación terapéutica, con el suficiente grado de autoconocimiento, de conocimientos psicológicos y la realización de una historia clínica vivencial con el fin de captar todas las variables significativas del paciente (Oruño, 2010)..

La psicoescucha está basada en una escucha empática dirigida a que el paciente se desahogue, reconozca su problema y colabore en el tratamiento. También conocida como escucha activa, además de facilitar la autorrevelación del paciente, le ayuda a ordenar y contextualizar sus vivencias, a asumir la realidad de los acontecimientos y evaluar las posibles actuaciones (Oruño, 2010).

La psicoterapia de apoyo, básica, tiene como objetivo ayudar al paciente a mantener o a restablecer su nivel de funcionamiento óptimo, a pesar de las limitaciones de su enfermedad, de su personalidad o de sus circunstancias vitales. Busca atenuar la ansiedad y fortalecer las conductas apropiadas ya existentes, utilizándolas o extendiéndolas en la resolución de nuevas situaciones. Puede estar indicada a corto, medio o largo plazo, la duración de esta psicoterapia puede ser ilimitada o no, según el tipo de paciente del que se trate (Oruño, 2010).

El asesoramiento (counselling o consejo asistido), busca favorecer el autoconocimiento del paciente, mediante experiencias cognitivas y emocionales, y desarrollar sus recursos personales de aceptación y crecimiento emocional. Tiene como objetivo facilitar la educación para la salud en un sentido global, con el fin de prevenir futuros problemas o en el agravamiento

de los ya existentes y proporcionar apoyo psicosocial a las personas que solicitan ayuda y a sus allegados, de modo que puedan afrontar las dificultades a las que se enfrentan.

La psicoterapia interpersonal, se centra en los problemas psicosociales e interpersonales de personas con trastornos psíquicos. Suele ser en principio breve, y pone el acento en las relaciones interpersonales actuales y en el aprendizaje de habilidades de interacción que mejoren la vida de relación del paciente y su dominio sobre el contexto psicosocial.

La psicoterapia cognitivo-conductual, es una forma estructurada de psicoterapia dirigida a modificar las cogniciones y las conductas disfuncionales que actúan como factores generadores de psicopatología. Supone un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y cambiar aquellas cogniciones y conductas relacionadas con sus dificultades y trastornos actuales. Esta terapia tiene diferentes grados de aplicación y especialización, y es considerado un tratamiento breve, aunque depende del caso. Una vez que se evalúa al paciente y se focaliza el tratamiento, primero se basa el tratamiento conductual, en el cual se intentan modificar las conductas desadaptativas para el paciente, por medio de técnicas que se basan en los principios de aprendizaje y se utilizan dentro de este modelo; posteriormente se realiza el proceso cognitivo que se desarrolla en tres fases: la primera es la psicoeducativa, en la que se instruye al paciente en el modelo cognitivo-conductual, y se explica el papel de las cogniciones disfuncionales y de los comportamientos desadaptativos en la génesis y mantenimiento de los problemas y trastornos (pensamientos automáticos, esquemas disfuncionales, creencias irracionales y distorsiones cognitivas o errores de pensamiento); la segunda fase en la que se clarifican y se delimitan las cogniciones y las conductas disfuncionales a tratar (para esto se recurre a los contenidos relatados por el paciente durante las sesiones y por escrito); y la tercera fase donde se realiza la reestructuración cognitiva

y la modificación de las conductas seleccionadas mediante técnicas de persuasión, verbalización e interacción , así como, mediante técnicas auxiliares cognitivas y conductuales. Se pretende enseñar y ayudar al paciente a modificar las cogniciones y conductas seleccionadas como indeseables, sustituyéndolas por formas de pensar y actuar más adaptativas, motivándole para que ensaye y practique los aprendizajes recién incorporados y los generalice a su vida diaria (Oruño, 2010).

Las **psicoterapias especiales o particulares**, por su parte, muestra una pluralidad de métodos psicoterapéuticos que conceptualizan el proceso de la terapia y los objetivos terapéuticos en función de diferentes enfoques teóricos e interpretaciones etiopatogénicas y etioterapéuticas parciales (Oruño, 2010). Son psicoterapias con métodos muy variados y sus técnicas tiene principios específicos que utiliza el experto (Lobo, 2013). Existe el Modelo psicodinamico, el Modelo conductual, el Modelo cognitivo, El modelo existencialista, El modelo sistémico, entre otros pero para fines de este trabajo se van a dearrollar dos de los modelos, en los cuales se basa el tratamiento psicologico de la institución.

Modelo Conductual: Las terapias de inspiración conductista se fundamentan en el armazón teórico del conductos o y en los principios del aprendizaje. Unos de sus principios fundamentales se refiere a que la conducta patológica ha sido aprendida y está condicionada, por lo que en consecuencia, esta conducta también puede ser reaprendida para modificarla y recondicionarla.

Este tipo de terapias han documentado su eficacia, y en términos de costes-beneficios pueden ser muy eficientes. Presenta objetivos muy concretos, por los cuales busca mejorar los síntomas por modificación de conductas patológicas en un número limitado de sesiones.

Se utilizan técnicas muy distintas dentro de este tipo de terapias, sin embargo, todas tienen un esquema común de actuación. Se trata de identificar con precisión los elementos terapéuticos; explicar el proceso al paciente y negociar su colaboración; operativizar los objetivos y monitorizar el curso de la mejoría deseada; identificar los factores externos que están influyendo en el proceso patológico y, finalmente, negociar y decidir una estrategia terapéutica concreta (Lobo, 2013). Las principales técnicas más utilizadas en este modelo se encuentran en distintos rubros: Las técnicas derivadas del condicionamiento operante (modelamiento, tiempo fuera, contratos de contingencia, economía de fichas, economías token y/o las estrategias que incluyen sistemas de refuerzos, técnicas aversivas, etc.); las técnicas derivadas del condicionamiento clásico y el contracondicionamiento (desensibilización sistemática, inundación estimular, implosión, etc.); las técnicas basadas en el aprendizaje social y modificación cognitiva de la conducta (modelado, técnicas para mejorar la asertividad y relaciones interpersonales, etc.) (Oruño, 2010). Con buen juicio clínico y suficiente profesionalidad pueden ser éticamente defendibles y muy útiles, como documenta la bibliografía (Lobo, 2013).

Modelo Cognitivo: Este tipo de psicoterapias se fundamentan en principios cognitivistas, enuncian que tanto los efectos como la conducta de los individuos están en una buena parte determinados por el modo de concebir y estructurar el mundo privado. Ese mundo se basa en cogniciones que definimos previamente, que a su vez derivan de presunciones o esquemas que el individuo concreto ha desarrollado a partir de experiencias previas. Estas cogniciones denotan

como el individuo se ve a sí mismo y el mundo que lo rodea; y en relación con esas cogniciones moldeará su mundo afectivo y su conducta, y afrontará las vicisitudes de su vida de acuerdo con esos principios personales (Lobo, 2013). Los desórdenes psíquicos, entonces, son el resultado de un patrón de pensamiento defectuoso y desadaptativo, y de actitudes distorsionadas hacia uno mismo y hacia los demás. Por tanto, la terapia cognitiva tiene como principal objetivo la reestructuración cognitiva, el terapeuta toma un papel activo en la dirección del proceso terapéutico, llevando al paciente a identificar las cogniciones patológicas, tomar conciencia de sus pensamientos automáticos y erróneos, revisarlos en conjunto para así poder modificar los que sean negativos para el mismo y de esta forma corregir los síntomas a partir de la evidencia (Oruño, 2010).

Este tipo de terapias suelen ser muy eficientes, pues las técnicas que se utilizan son eficaces y tiene efectividad demostrada, además de llevar a cabo un proceso terapéutico de limitada duración y ventajoso en términos de costes-beneficios, además de que estas terapias pueden combinarse con otros tratamientos (p.ej. farmacológico). Dentro de esta terapia se utilizan diversas técnicas para lograr que el paciente reconozca sus cogniciones anómalas y ensaye cogniciones más realistas que le ayuden y sean beneficiosas. Algunas de estas son: información y alianza terapéutica (bases del tratamiento); aspecto docente (reconocimiento de cogniciones patológicas, presunciones, reglas personales, esquemas de funcionamiento, lógica errónea, etc.); sentimientos negativos, emociones y derivados de las cogniciones; pensamientos automáticos (verificarlos y ensayar pensamientos alternativos); ensayar con el pacientes estrategias alternativas para corregir (tareas de sencillas a complejas, role playing, ensayos cognitivos, diario/autoregistro, actividades con resultados positivos, tareas de distracción y visualización, etc.) (Lobo, 2013).

La psicoterapia es apropiada para una amplia variedad de enfermedades. Incluso personas que no padecen trastornos mentales pueden encontrar utilidad en el método psicoterapéutico para afrontar problemas, como dificultades laborales, la pérdida de un ser querido o el padecimiento de una enfermedad crónica por algún miembro de la familia. De igual modo, la psicoterapia de grupo, la terapia de pareja y la terapia familiar están siendo ampliamente utilizadas (Carney, 2017). Cualquier persona necesita un entramado social para satisfacer la necesidad humana de ser cuidado, aceptado y apoyado emocionalmente, sobre todo en periodos de estrés. Diversas investigaciones han mostrado que un fuerte apoyo social acelera de forma significativa la recuperación de las enfermedades físicas y mentales (Carney, 2017).

El psicólogo debe ampliar su papel más allá de la intervención clínica, buscando alcanzar una mayor comprensión de la relación de la salud con diversos aspectos psicológicos; una vez que se evidencie la efectividad de las intervenciones psicológicas, se expandirán los objetivos de los psicólogos en intervención y promoción de la salud. Se debe desempeñar así un elemento adicional para ir más allá de la acción individualizada, más cercana a la intervención clínica, y trascenderla para favorecer el bienestar y el desarrollo social (Ornelas & Ruiz, 2016).

4.4 Rehabilitación Psicosocial.

La Rehabilitación Psicosocial se entiende como aquel proceso cuyo objeto es ayudar a las personas con discapacidad por trastorno de enfermedad mental a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles. Es el conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es

ayudar al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. Es el marco que reúne a los recursos de rehabilitación, actividades terapéuticas y planificación dinámica evaluable encaminadas a mantener a los pacientes en su entorno social y natural lo más normalizadamente posible. La rehabilitación no es un centro ni una unidad, sino una determinada forma de entender la atención a las personas afectadas de una enfermedad mental e implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar mayor calidad de vida. Es un modelo de atención que realiza su trabajo en el medio comunitario, contando con los recursos que la sociedad dispone y en estrecha coordinación con ellos. La atención a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales graves incluye prestaciones de tratamiento, entendiendo la rehabilitación como una modalidad de tratamiento, cuidados y apoyo, que son dispensadas por diferentes profesionales y desde distintos dispositivos (UDMSM, 2016).

La rehabilitación no es un proceso continuo, sino que pueden existir acontecimientos que causen tanto avances como retrocesos en diversas situaciones. De esta manera, se entiende que la rehabilitación psicosocial no es un proceso a corto plazo, sino que debe ser realizado durante un tiempo indeterminado y contar con la flexibilidad que permita la adecuación oportuna durante el transcurso de la intervención, siendo un proceso que debe contar con la perseverancia de los equipos de salud, los pacientes y todos los actores que participen de dicho proceso. En definitiva, rehabilitación psicosocial designa un proceso complejo y dinámico que debe ser constantemente evaluado para que existan progresos significativos en la vida de las personas con enfermedades mentales, pues obtienen la posibilidad de equipararse en el desempeño de sus roles en la

sociedad, de acuerdo a sus propias características, habilidades y capacidades personales. Este tipo de tratamiento debe adecuarse a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de cada paciente, para superar su condición de discapacidad y enfrentarse a las barreras que se presentan en el proceso de reinserción social (Román & Zapata, 2012).

El modelo de rehabilitación David Liberman, busca alcanzar habilidades y ambientes de trabajo y de vida que sean compensatorios y por otra parte, ajustar los niveles de funcionamiento que sean realmente alcanzables. Propone que la rehabilitación de personas con enfermedades mentales es similar a aquella planteada en enfermedades somáticas y que a partir de esto, existirían cuatro niveles de complejidad en donde las enfermedades mentales inciden y originan diferentes efectos en los que se debe concentrar la rehabilitación:

En el primer nivel “Patología”, se observan anormalidades psicobiológicas del sistema nervioso, las cuales producen deficiencias cognitivas, de la atención y de funciones autonómicas y de regulación del nivel de alerta y del proceso de información. En el segundo nivel “Impedimentos”, los síndromes psiquiátricos específicos pueden ser inferidos a través de la evaluación de los impedimentos cerebrales más básicos. En éstos se incluye el desorden del pensamiento, discurso incoherente, delirio, alucinaciones, pérdida de la concentración o memoria, ansiedad, depresión. En el tercer nivel “Discapacidades”, se observa incapacidad para desempeñar roles y tareas esperadas en un medio social determinado, empobrecimiento de las habilidades de autocuidado, retraimiento y aislamiento social, abandono de responsabilidades familiares e incapacidad laboral. Por último, el cuarto nivel “Desventajas”, señala que la discapacidad coloca a la persona en peores condiciones que los otros en el medio social, ya que la sociedad no provee de ambientes especiales para personas con discapacidad.

Para finalizar, hay que mencionar que el modelo de Liberman, plantea la obligatoriedad de que todo proceso de rehabilitación debe incorporar una metodología clara pero flexible, que sólo se cumple con la ejecución de cuatro fases, las cuales son; diagnóstico psiquiátrico y evaluación funcional; reducción de impedimentos; terapia de las discapacidades centrado en las personas con enfermedades mentales y terapia de las desventajas centrado en la intervención del medio social. Asimismo, los objetivos para los profesionales de la salud que ejercen la rehabilitación, buscan sostener la mejoría sintomática, establecer o re-establecer habilidades interpersonales y de vida independiente y ayudar al individuo a alcanzar una calidad de vida satisfactoria (Román & Zapata, 2012).

5. Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica en México 2013-2018 (PAEAP)

A continuación se presenta el programa de acción específico de atención psiquiátrica en México, el cual presentó La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad del gobierno de México, durante el sexenio pasado (periodo en el que se realizó el servicio social), el cual debía implementarse y estar en vigor en mayor medida de lo posible durante este periodo. Se mencionaran a continuación los puntos más importantes que destaca el mismo programa; así como datos relevantes que se mencionan en el, acerca de la salud mental en general, en México. Estos subtemas del presente programa muestran el marco conceptual del mismo; así como sus objetivos y estrategias; la situación actual y problemática; entre otros datos.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, consideraban prioritarios los retos en materia de salud y sus consecuencias en la sociedad, para determinar soluciones que permitieran la universalidad de la atención y el desarrollo humano

sustentable, con servicios de salud de calidad, oportunidad y seguridad; mediante una integración funcional y programática de las instituciones que conformaban el sector salud. Esto por medio de la atención médica de excelencia, la educación para la formación de recursos humanos de alta especialidad, las investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud (CCINSHAE, 2015).

Según la OMS (2014), el 68% de los Estados Miembros de la OMS dispone de una política o un plan de salud mental específico, y el 51% ha promulgado legislación independiente en la materia. México respecto a esta área, presentó el **Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018** (CCINSHAE, 2015), el cual pretendía, promover la innovación y fortalecimiento de la atención psiquiátrica, que implica la incorporación de nuevos paradigmas fundamentales, apoyados por la investigación y educación en salud mental como herramientas sustantivas, orientadas a generar y fortalecer cambios que serían importantes para la medicina del futuro, en beneficio de la sociedad mexicana. Éste hacía énfasis en la necesidad de cambiar el paradigma en la prestación de estos servicios del modelo hospitalario al modelo comunitario, impulsar la apremiante necesidad de invertir más recursos y consolidar que la oferta de atención de los trastornos mentales se desarrollara con pleno respeto a los derechos humanos y con intervenciones eficaces, integrales, continuas y de calidad. Se contemplaba así la creación y fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud y la integración de los tres niveles de atención entre las instituciones del sector con los estados y las instituciones públicas de seguridad social. Establecía los principales aspectos para avanzar en la atención comunitaria, integral y multidisciplinaria de la salud mental.

5.1 Marco conceptual del PAEAP.

En el presente programa se mencionaba que los trastornos mentales son una prioridad de salud pública en México por su alta prevalencia y porque afectan a toda la población (sin distinción); además cuando no se tratan de manera adecuada son una causante importante de discapacidad y de deterioro en la calidad de vida, además del alto impacto negativo que tienen sobre la economía de quien lo padece, de su familia y de la sociedad en su conjunto.

Se ha dado lugar a un gran avance en la concepción de la enfermedad y el enfermo mental, sin embargo, debido al desconocimiento y/o mala información, es indispensable crear una cultura alrededor de este fenómeno y reforzar la lucha contra el estigma y la discriminación hacia los trastornos mentales y el enfermo mental. Se calcula que en México menos del 10% de la población que tiene un trastorno mental recibe un tratamiento adecuado, esto quiere decir que, el 90% de la población que tiene un trastorno mental no recibe un tratamiento adecuado, o incluso no recibe ningún tipo de tratamiento. En promedio los pacientes esperan entre cuatro y 23 años para recibir atención especializada una vez que inicia la enfermedad (CCINSHAE, 2015).

El nuevo paradigma de la atención comunitaria planteaba el acceso fácil y oportuno a los servicios de psiquiatría en centros de salud, hospitales generales y servicios especializados. Como prioridad para la integración de esta red de atención psiquiátrica, se mencionaba que debía fomentarse el fortalecimiento y la ampliación, de manera permanente, de la atención integral a la salud mental en los centros de primer nivel y los hospitales generales; así como el desarrollo e implementación de programas que coadyuvaran al fomento de su inclusión y el respeto a sus derechos humanos (CCINSHAE, 2015).

Acorde con la Secretaría de Salud, se había iniciado la transformación en la atención psiquiátrica de los enfermos mentales en México, que tendía al abandono de la atención centrada en el hospital psiquiátrico y se volcaba hacia una atención comunitaria, multidisciplinaria e integral, que permitiría la construcción de una nueva conceptualización de la enfermedad mental y favorecería el respeto de los derechos humanos de los enfermos mentales.

El Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica (CCINSHAE, 2015) afirmaba el alinearse con las tendencias nacionales e internacionales para solventar las necesidades de salud mental de los mexicanos y mejorar de manera constante la prestación de servicios, mediante la promoción de políticas y programas que garantizaran un trato digno, abatieran la estigmatización y favoreciera la atención del enfermo mental en su comunidad, fortaleciendo y modernizando los servicios de atención en psiquiatría con un enfoque integral y comunitario, que permitiera un acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud y fomentara el desarrollo científico y de recursos humanos acorde a las necesidades actuales de nuestro país.

5.2 Situación actual y problemática.

En éste programa se presenta también la situación actual y la problemática que se presentaba en México durante ese periodo, por el cual se implemento la creación de éste.

Uno de cada cuatro mexicanos que habitan en comunidades urbanas, ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental (23.7%). La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; el 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los

trastornos se presentan antes de los 18 años el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración. Si bien es cierto que la enfermedad mental afecta en proporción similar a cualquier género, cada grupo experimenta distintos tipos de problemáticas. En las mujeres se presentan con mayor frecuencia la depresión, ansiedad y las quejas somáticas; mientras que en los hombres son los trastornos de la personalidad antisocial y los relacionados con el abuso de sustancias los más presentes.

En México, el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en cuanto a la pérdida de años de vida saludables (el 6.4% de población lo padece), los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%). El 9.2% de la población ha padecido un episodio de depresión y se estima que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años (CCINSHAE, 2015).

A pesar de los problemas que una enfermedad mental le proporciona a un individuo, una gran proporción de las personas no acude a tratamiento. Sólo el 11.7% de los que reportaron un trastorno; el 19.4% de los que presentaron dos trastornos; y el 11.2% de los que presentaron tres o más trastornos, solicitaron ayuda. Es probable que esta baja utilización de servicios represente, en mayor medida, a la población sin seguridad social y con bajos recursos, para quienes estos servicios y la compra de medicamentos resulta un gran gasto. Además el uso de servicios aumenta en relación con la severidad del padecimiento, los casos leves reportaron un uso de cualquier servicio del 12.6%; los moderados de 20.8% y los severos de 23.8%. El porcentaje de asistencia a servicios médicos generales o especializados en salud mental, aumenta entre más grave es el padecimiento (CCINSHAE, 2015).

A nivel institucional, los Servicios de Atención Psiquiátrica tienen como problemática en la atención de la salud mental el diagnóstico tardío de los trastornos mentales, favoreciendo la cronicidad de los padecimientos y el abandono terapéutico. Otras dificultades son el mayor crecimiento de la demanda de servicios en relación con el bajo crecimiento en el financiamiento de operación y la escasa inversión, la insuficiente cantidad y calidad en la formación de recursos humanos en salud mental y psiquiatría comunitaria y el escaso desarrollo de la investigación en esta área (CCINSHAE, 2015)..

5.3 Objetivos y estrategias del PAEAP.

Para finalizar con la presentación del Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018, se mencionaban, las medidas que se llevarían a cabo para poder implementar este programa. Se presentó como Misión del mismo, brindar atención psiquiátrica integral, con enfoque comunitario, de alta calidad y con pleno respeto de los derechos humanos; y como Visión se presentó que para el año 2018 se habría avanzado en la atención psiquiátrica en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque comunitario, calidad y respeto a los derechos humanos de los pacientes (CCINSHAE, 2015).

En éste se estableció como objetivo general, avanzar en la atención comunitaria e integral de las principales enfermedades mentales, basada en la evidencia científica y con pleno respeto a los principios y estándares internacionales en Derechos Humanos. Así mismo presentaron cinco objetivos específicos asociados a las Metas Nacionales y a las Estrategias

Transversales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, los cuales se presentan a continuación:

1. Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica con enfoque comunitario, integral y multidisciplinario.
2. Formalizar una Red Especializada de Atención Psiquiátrica eficiente entre el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).
3. Realizar acciones de prevención y educación de los trastornos mentales prioritarios relacionados con el suicidio y sus factores de riesgo.
4. Impulsar la formación y capacitación de investigadores y especialistas basada en evidencia científica conforme a las enfermedades mentales prioritarias.
5. Fomentar la investigación en salud mental y el desarrollo de modelos de atención comunitaria.

Para cada uno de estos objetivos se presentaron determinadas estrategias que permitirían cumplirlos; tales como: brindar a personas con trastornos mentales y del comportamiento, atención con calidad, enfoque de género, comunitario e incluyente, respetando su dignidad y sus derechos humanos; fortalecer la referencia y contrarreferencia en la Red de Atención Psiquiátrica y con otras instituciones, de acuerdo con las necesidades de atención de los pacientes; fortalecer las acciones en casos de trastornos mentales con comportamiento suicida; fortalecer los programas de educación formal (especialidad, maestrías y doctorados) que incorporen los avances en la investigación; consolidar los programas de educación continua que permitan a los clínicos y otros profesionales de la salud que han terminado su formación, actualizarse en los

avances científicos; desarrollar programas y modelos de atención en los diferentes niveles de atención y en la comunidad, y capacitar a las personas que puedan llevarlos a cabo; promover la cooperación internacional en salud; fortalecer los sistemas de información, evidencia e investigación en salud mental. También se presentan algunas estrategias transversales; la perspectiva de género y gobierno cercano y moderno. Estas estrategias a su vez mencionaban las líneas de acción respectivamente de cada una, que se llevarán a cabo para poder desarrollarse (CCINSHAE, 2015).

5.4 Otros datos relevantes del PAEAP.

En éste programa se presentaron los indicadores y las metas a desarrollarse. Se plantearon cada uno de los objetivos, con su respectiva meta e indicador, el método de cálculo por el que se llevaría a cabo y la periodicidad y fuente de los mismos. Esto con el fin de mostrar una proyección del cumplimiento de metas del respectivo programa. Como último se mencionaba la transparencia y rendición de cuentas que se haría del programa, por medio de un sistema de monitoreo y seguimiento, así como la evaluación de los resultados (evaluaciones que serían anuales), por medio del registro, monitoreo y análisis de los datos en los sistemas de información oficiales que operaban en cada una de las instituciones participantes para las metas programadas, tomando como referencia la línea basal de 2013; y que finalmente tendrían difusión a través de los medios oficiales correspondientes (CCINSHAE, 2015).

Como se mencionó anteriormente, México presentó este programa a nivel nacional e internacional como parte de la política y plan de salud mental específico en la materia. En este no

solo se mencionaba el contexto en el cual se creó y se desarrollo el mismo, sino también se presentaba una misión y una visión, así como, distintos objetivos y estrategias que supuestamente se implementarían a lo largo del periodo estipulado para lograr revolucionar el paradigma existente de la atención en los diferentes ámbitos de salud mental, y además se iban a monitorear y evaluar los resultados de éste programa en concreto. Es de vital importancia realizar una análisis respecto a éste y otros programas relacionados, para confirmar su eficacia; el alcance de las metas y objetivos planteados, así como la utilización de las diversas estrategias; que su implementación se lleve a cabo como se estipuló en un inicio, y evidentemente la evaluación de los resultados del mismo.

RESULTADOS OBTENIDOS

Durante la prestación del servicio social que se llevó a cabo en la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se realizaron distintas actividades que tenían como objetivo que el pasante de Psicología aprendiera acerca de la atención que se brinda hacia un paciente psiquiátrico, a partir de la práctica clínica con los pacientes, con apoyo y asesoramiento de un profesional especializado; y que de esta manera desempeñara un trabajo que tuviera un impacto positivo en la comunidad del hospital, para así contribuir a la rehabilitación integral de los pacientes en distintas áreas que les permitieran incorporarse de manera adecuada a la sociedad, promoviendo la salud y previniendo recaídas.

Las actividades se realizaron dentro de los programas de la Unidad de Rehabilitación Integral del hospital, a lo largo de seis meses (480 horas), con un trabajo de cinco días a la semana (cuatro horas por día). Estas actividades estaban enfocadas a promover y desarrollar diferentes áreas en el paciente como son: cognitiva, afectiva, social y laboral; para lograr una integración familiar, social y laboral. Para poner en práctica estas actividades se utilizaron distintos programas donde se pretendía fortalecer habilidades y conocimientos que el pasante de Psicología, adquiere a lo largo de la formación académica superior y con la práctica clínica.

La comunidad con la que trabajaba el hospital era de aproximadamente 500 pacientes, divididos en todas las áreas de servicios. Respecto a los hospitalizados, la comunidad era de aproximadamente 280 pacientes, dividida en cuatro pisos, cada piso con sus dos secciones respectivamente (hombres y mujeres). Los pisos 2º, 4º, 5º, 7º, atienden pacientes hombres (35

aproximadamente) y mujeres (35 aproximadamente) en cada piso, que son los pacientes con los que trabajaban los pasantes de Psicología de la URI. Además se encontraban los pacientes de la tercera edad en el 6° piso, hombres y mujeres, que también son hospitalizados (con estos pacientes no trabaja la URI).

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de las actividades que se realizaron a lo largo del servicio social; acorde al número y horario de sesiones, el número de pacientes con los que se trabajó, el personal a cargo de la actividad y el impacto que tuvo cada actividad en los pacientes.

1. Actividades socio-recreativas (jardín)

Ésta actividad se llevaba a cabo los días Lunes y Viernes, a lo largo de 34 sesiones de hora y media cada una; con aproximadamente 110 pacientes de todos los pisos de hospitalización cada sesión. Participaban distintos elementos del hospital durante cada sesión: aproximadamente diez pasantes de Psicología a cargo de las actividades, seis pasantes de terapia física, cinco elementos de seguridad y en ocasiones algunas pasantes de enfermería.

Ésta actividad era de agrado para los pacientes, pues cuando los pasantes iban por ellos a sus respectivos pisos de hospitalización, la mayoría de ellos participaba, y mostraba entusiasmo e interés por la actividad. Se considera que tuvo un impacto positivo en ellos, pues se distraían y se divertían de manera sana realizando diferentes actividades deportivas o bailando, así como socializando con sus compañeros.

Tuvo un impacto positivo y enriquecedor para mi caso en particular, pues tuve la oportunidad de relacionarme con los pacientes en un contexto relajado para los pacientes, donde podía conversar con ellos, participar en las actividades deportivas y de fisioterapia y brindar la mejor atención que podía para resolver sus problemas y necesidades.

La actividad principal que se realizaba era el cuidado en general de los pacientes, para mantener a salvo su salud e integridad en todo momento, evitando situaciones de riesgo de cualquier tipo, solucionando conflictos y manteniendo el orden en general. Esto se logro en la mayoría de las ocasiones, sin embargo, hubo situaciones en las que esto no se pudo llevar a cabo, pues durante mi trabajo en el hospital hubo varias situaciones de abandono hospitalario por parte de los pacientes, conflictos entre ellos, también situaciones problemáticas con el personal de enfermería y seguridad, conflictos de los pacientes con los pasantes, etc., que finalmente fueron problemáticas que todos los pasantes intentamos resolver en el momento a nuestra lógica y criterio personal y profesional. Debido al contexto se generó en varias ocasiones la oportunidad que se daba de generar pláticas con los pacientes, en las cuales yo intentaba brindar acompañamiento terapéutico (tema del que hablo específicamente mas adelante).

Cabe señalar que en esta actividad era difícil mantener el orden y el cumplimiento de límites, sin embargo yo junto con mis demás compañeros pasantes, intentaba hacerlo de manera asertiva siguiendo los protocolos del hospital. En ocasiones ocurrieron accidentes físicos, conflictos y peleas entre los pacientes, también situaciones problemáticas con el personal de enfermería y seguridad, conflictos de los pacientes con los pasantes en los cuales se comprometía la seguridad de ambos, incluso se suscitaron eventos de abandono hospitalario por parte de algunos pacientes, en los cuales intenté apoyar y resolver la situación a partir de mis conocimientos, habilidades, criterio personal y profesional. Esto a partir de comunicación

asertiva con los pacientes y con el personal, contención emocional, establecimiento de límites, aislamiento de los pacientes, etc., esto con el apoyo de mis compañeros pasantes y del personal de seguridad.

2. Proyección de películas (aula de usos múltiples de la URI)

Esta actividad se llevaba a cabo los días Martes, Miércoles y Jueves, a lo largo de 62 sesiones de hora y media cada una; con aproximadamente 20 pacientes por sesión, de todos los pisos de hospitalización divididos un piso por día. Cada sesión era organizada por dos pasantes de Psicología, apoyados por un elemento de seguridad y la asesora de pasantes que se encontraba en la URI.

Esta era una actividad que los pacientes disfrutaban en su mayoría, pues casi todos los pacientes mostraban entusiasmo e interés por la misma. En esta actividad socializaban con los pacientes de otros pisos, podían disfrutar de aperitivos y compartirlos; y observar películas de diferentes géneros que en la mayoría de ocasiones les agradaban.

Respecto a esta actividad, en mi caso personal, la principal actividad era nuevamente la del cuidado en general de los pacientes, vigilarlos, apoyarlos en sus necesidades (acompañarlos al baño, llevarlos a la tienda a comprar, subirlos a su piso, etc.), establecer límites; así como promover la motivación de todos respecto a la actividad. Muchos pacientes tenían dificultades para permanecer concentrados durante la actividad, así como para seguir normas o respetar límites. De hecho, en algunas ocasiones se suscitaron problemas de enojo y ansiedad en los pacientes, que en ocasiones se reflejaban en los pasantes. De manera asertiva se buscaba el

cumplimiento de las normas y límites de la actividad, cuando no se lograba esto, en ocasiones, y se suscitaban conflictos, se buscaba de manera asertiva hablar con el pacientes y explicarle la situación; dar contención emocional , y en muchas ocasiones aislar al pacientes regresándolo a su piso, esto siempre con el apoyo de los compañeros pasantes y en ocasiones del personal de seguridad.

3. Eventos socio-recreativos (fechas conmemorativas, jardín y pisos de hospitalización)

Se realizaron tres eventos socio-recreativos por fechas conmemorativas: Día del amor y la amistad, Día de las madres y Día del padre. Éstas se realizaron en el área jardín y en los pisos de hospitalización. Tuvieron una duración aproximada de dos horas y se trabajó con todos los pacientes del hospital que quisieron participar (aproximadamente 200 en cada evento). Los eventos estuvieron a cargo de todos los pasantes de Psicología, dos psicólogos adscritos, un fisioterapeuta; los pasantes de terapia física y los elementos de seguridad disponibles.

Ésta actividad tenía un impacto positivo en los pacientes, pues la mayoría de los pacientes de todos los pisos participaron en las distintas actividades diseñadas para los tres eventos, además de que recibían alimentos y bebidas que eran de su agrado. Se entusiasmaron e interesaron bastante porque compartieron sus experiencias con los demás pacientes pero también con sus familiares. Realizaron actividades fuera de lo común y se divirtieron libremente.

Mi desempeño respecto a ésta actividad, en las tres ocasiones, fue en principio brindando ideas y contribuyendo al desarrollo logístico de las diferentes actividades para los eventos; además durante el trabajo constante en los pisos de hospitalización al realizar las actividades

manuales que posteriormente se presentaban el día del evento, motivando a los pacientes a participar y ayudándoles en la misma actividad. Contribuí organización, logística y realización de las actividades del evento, principalmente en el manejo de los pacientes para que participaran en las actividades. También apoye con los alimentos que les otorgamos a los pacientes, trayéndolos, armando los paquetes y repartiéndolos a los pacientes, así como en la exposición del trabajo semanal para el evento, y finalmente realizando las actividades cotidianas del área de jardín, cuidado, vigilancia y atención para todos los pacientes. Resolver situaciones, conflictos, necesidades y/o cualquier problemática. Siempre con el apoyo de mis compañeros pasantes y en ocasiones de los elementos de seguridad.

4. Círculos de lectura (aula de hospitalización)

Se llevaba a cabo los días miércoles, a lo largo de 22 sesiones de una hora cada una; con un rango de diez a 50 pacientes aproximadamente, de todos los pisos de hospitalización divididos en dos grupos en cada sesión. En cada grupo, se encontraban cinco pasantes de psicología que estaban a cargo de la actividad.

Ésta era una actividad que les gustaba a algunos pacientes que asistían con regularidad; sin embargo había muchos otros que no se sentían motivados y por tanto, no participaban en ella. En los pacientes que participaban tenía un impacto positivo pues se mostraban interesados en toda la actividad, al escuchar, al participar dando su opinión y reflexión y en ocasiones incluso se mostraban interesados en leer frente a los demás. En esta actividad los pacientes escuchaban

distintos relatos de interés y reflexionaban con las lecturas, se expresaban, compartían ideas y experiencias, además de que aprendían de las dinámicas que se daban dentro de la actividad.

En mi caso, buscaba que los pacientes se sintieran motivados y se acercaran a participar en la actividad. Mi aportación principal era la presentación de las lecturas, pues aunque podíamos presentar las que se encontraban ya en el material de la URI, yo buscaba con detenimiento las lecturas antes de presentarlas, para que fueran interesantes, motivaran a los pacientes, y fueran variadas; compartía lecturas que les pudieran dejar alguna enseñanza, además de estimular su capacidad reflexiva y la participación de todos los pacientes en los grupos. También realizaba distintas estrategias dentro de la actividad para fomentar la relajación, la participación de todos, así como para establecer una dinámica positiva; en estas dinámicas también se resolvían dudas, se escuchaba a los pacientes, y se retroalimentaban las participaciones. Cuando yo no presentaba las lecturas, apoyaba al equipo de pasantes con los que me encontraba, con los pacientes, atendiendo las necesidades de los mismos y ayudando a mantener el orden y la atención en la misma, por medio de la comunicación asertiva con los pacientes, el establecimiento de límites, y resolviendo, junto con mis compañeros, las diferentes problemáticas que se pudieran suscitar, así como lo hacíamos en las demás actividades.

5. Estimulación cognitiva (pisos de hospitalización)

Se llevaba a cabo los días Martes, Miércoles y Jueves, a lo largo de 62 sesiones de una hora y media cada una; con aproximadamente 30 pacientes por sesión, de todos los pisos de hospitalización divididos en uno o dos pisos por día. Cada sesión fue organizada por ocho

pasantes de psicología divididos en secciones (hombres y mujeres) de los dos pisos. Estos eran apoyados por el personal de enfermería de cada piso, si era necesario.

Ésta actividad era de agrado para los pacientes, pues la mayoría se acercaba a participar en al menos una de las actividades; además de que en esta actividad no requerían permiso para poder salir y al estar en su piso era más cómodo para ellos. A la mayoría les gustaba dibujar, aunque a otros les gustaba más participar en algún juego de mesa que los mantuviera activos y distraídos. Durante la actividad los pacientes platicaban con los pasantes y compartían sus experiencias de vida. A pesar de que la actividad tenía un impacto positivo en los pacientes pues era una actividad que les agradaba, se divertían, se mostraban motivados y entusiasmados ante la misma; se presentaron episodios de ansiedad e incluso de enojo e ira que culminó en ocasiones en conflictos y peleas entre los pacientes o fuertes disgustos con los pasantes que llevaban a conductas violentas. Cabe mencionar que algunos pacientes no se sentían motivados por esta actividad y no participaban en ella.

Por mi parte, contribuía de diferentes maneras, en principio apoyando con el material que se utilizaba dentro de los pisos (principalmente material de papelería y dibujos), dentro de las actividades principales que desempeñe fue el cuidado en general que les daba a los pacientes, vigilando las conductas, buscando motivar su participación, así como mantener el orden y el cumplimiento de normas de la actividad. También retroalimentaba la participación de los pacientes en las distintas actividades y en muchas ocasiones brindaba acompañamiento y escucha activa con los pacientes (tema del que hablo específicamente más adelante). Cuando estaba en la mesa de dibujo, coloreaba junto con los pacientes y en muchas ocasiones cuando ellos lo solicitaban les regalaba los dibujos, ponía música relajante y que fuera de su agrado, creando un

ambiente tranquilo y enriquecedor para ellos. Si formaba parte de las mesas de juego, buscaba motivar a la mayor parte de pacientes, responder sus dudas y explicarles el juego cuando así lo requerían, contribuyendo a su tolerancia a la frustración; reforzaba la participación en la actividad y también había momentos de acompañamiento y escucha activa por mi parte.

Frente a los conflictos que se suscitaban entre los pacientes y con los pasantes, con base en mi criterio, conocimientos, habilidades y consideración, como en todas las demás actividades, intentaba resolver los problemas de la manera más asertiva e intentaba mantener el orden y el cumplimiento de límites y normas; esto por medio de la comunicación asertiva y con apoyo posterior de mis compañeros, del personal de enfermería y de ser necesario el de seguridad. Hubo algunas ocasiones en donde se suscitaron episodios violentos por parte de los pacientes tanto con algunos de mis compañeros, así como con mi propia persona, en estos casos nos apoyamos entre los pasantes e intentamos evadir y solucionar la situación de la mejor manera posible, en la cual posteriormente se tenía que aislar al paciente, y en ocasiones el pasante que había sufrido de la situación debía mantenerse alejado de las actividades donde participara ese paciente, o se le retiraba el permiso a este paciente para seguir asistiendo a las actividades; así en esta actividad como en las demás.

6. Acompañamiento terapéutico

Ésta actividad como se mencionó anteriormente, era una actividad que se podía realizar todos los días, dentro de las demás actividades, siempre que hubiera el espacio y la disposición por parte de los pacientes y de la actividad en sí. Era realizada de manera voluntaria por los pasantes y a criterio de los mismos. Para mi es una de las actividades más importantes dentro de

mi aprendizaje y del trabajo que realice. Tenía el objetivo de brindar atención, apoyo y asistencia a los pacientes, en los diferentes ámbitos de su vida, para mejorar la estancia dentro del hospital y también contribuir a su rehabilitación fuera del mismo.

Ésta actividad se realizaba de acuerdo con el criterio, conocimientos, habilidades y disposición del pasante, en mi caso en particular era una actividad que intentaba realizar siempre que se daba la oportunidad, pues para mí era de suma importancia contribuir de la mejor manera a los pacientes en su trabajo dentro del hospital. En esta actividad mi principal objetivo era, en base a mis conocimientos, habilidades y lo aprendido en mi formación profesional, contribuir al reforzamiento de la alianza terapéutica, brindar estrategias de afrontamiento para las distintas problemáticas a las que se enfrentaban los pacientes, trabajar con la psicoeducación, ayudar a la resolución de problemas, así como fomentar la expresión y comunicación asertiva de los mismos, fomentar también la relajación y la meditación para los pacientes, las habilidades sociales, reforzar el autoestima, valores, aunado a brindar contención emocional y soporte en los episodios de crisis. En ocasiones también intentaba trabajar el autoconocimiento de los pacientes, conciencia de enfermedad, regulación emocional, toma de decisiones, higiene de salud mental, así como sugerencias respecto a problemáticas suscitadas dentro y fuera del hospital, resolución de dudas de cualquier aspecto; todo esto siempre con respeto, confianza, comunicación, ética profesional, y escucha activa; con la finalidad de que los pacientes se pudieran sentir mejor y apoyar su proceso durante el periodo de hospitalización y después de este.

7. Talleres de inclusión social y laboral (talleres de papel y filigrana)

Se llevaba a cabo de Lunes a Viernes, todo el último mes del servicio social; a lo largo de 25 sesiones de una hora y media cada una; con aproximadamente 13 pacientes ambulatorios por sesión, divididos en los dos talleres. La actividad era coordinada por un psicólogo adscrito y un fisioterapeuta a cargo de las actividades; además de ocho pasantes de psicología y ocho pasantes de terapia física.

Ésta actividad tenía un impacto positivo en los pacientes pues aprendían diferentes habilidades manuales y artesanales que contribuían a diferentes funciones cognitivas, además de darles las capacidades para auto-emplearse y poder vender sus productos. La mayoría disfrutaba los talleres y se sentían entusiasmados e interesados cuando aprendían nuevas técnicas y/o lograban nuevas cosas. Sin embargo, para otros pacientes resultaba ser una actividad frustrante que les generaba emociones negativas cuando no podían realizar las actividades, o no cumplir con los lineamientos del taller, que se reflejaba en ansiedad, debido a la presión ejercida por el personal a cargo de la actividad para que concluyeran las manualidades, que eran parte de la producción que exige la jefa de la URI.

Durante estos talleres, yo realizaba las mismas actividades que los pacientes, de esta forma aprendí las técnicas de manualidades y además servía como ejemplo muchas veces para los pacientes. Mi aportación en esta actividad era el intentar resolver sus dudas, y ayudar a los pacientes con sus trabajos cuando se encontraban en un momento difícil, para de este modo contribuir a su relajación, reducir su ansiedad y mejorar su tolerancia a la frustración. También en ocasiones se brindaba acompañamiento y escucha activa durante la actividad.

8. Seminario (aula de usos múltiples de la URI)

Se llevaba a cabo los días lunes y viernes, a lo largo de 15 sesiones de una hora cada una, los primeros meses del servicio social; con la asesora de los pasantes de psicología y diez pasantes de psicología.

Ésta actividad fue enriquecedora para los pasantes, pues aprendimos acerca de los distintos trastornos mentales, así como del examen mental, la historia y entrevista clínica, etc. Se resolvieron dudas, el conocimiento se fortaleció y se enriqueció con la participación abierta por parte de los pasantes. En mi caso en particular, expuse el tema de psicopatología de la adultez, en el cual hable de distintos trastornos y sus principales características. Intenté dar información relevante, sintetizada, actualizada y digerible para mis compañeros, con actividades que reforzaran el conocimiento y el aprendizaje, además de ejemplos. Cuando no me tocaba exponer, participaba durante la exposición de mis compañeros, respondiendo preguntas y aportando datos relacionados con el tema, para hacer mucho más dinámica y fructífera la exposición.

9. Lectura de expedientes (aula de usos múltiples de la URI)

Se llevaba a cabo los días Lunes y Viernes, esporádicamente, a lo largo de tres sesiones de una hora cada una; con la asesora y diez pasantes de psicología.

Esta actividad fue muy importante y tuvo un impacto positivo en los pasantes, pues se logró entender de mejor manera los diagnósticos y tratamiento de los pacientes. En mi caso,

aprendí acerca de terminología psiquiátrica, acerca de la diferente sintomatología, el desarrollo de la enfermedad, las recaídas, los periodos de crisis y los tipos de tratamiento que lleva un paciente psiquiátrico. Además, se analizaron casos de interés de los diferentes pacientes hospitalizados, que enriquecen el conocimiento, así como la práctica y el trabajo con ellos.

10. Retroalimentación (aula de usos múltiples de la URI)

Se llevaba a cabo todos los días, de Lunes a Viernes, a lo largo de los seis meses, en sesiones diarias de media hora aproximadamente; con la asesora y diez pasantes de psicología.

Esta actividad era una de las más importantes para los pasantes y tuvo un gran impacto para todos, pues día a día recibían por parte del equipo de trabajo, comentarios y sugerencias para mejorar, además de que lograban resolver dudas del trabajo con los pacientes, con los mismos pasantes o con la asesora de los pasantes. En mi caso, intenté contribuir al trabajo de mis compañeros con los comentarios y sugerencias que hacía, además en esta actividad intentaba resolver dudas que tenía con mis compañeros o la asesora, e intentaba aprender de las experiencias de mis compañeros y adoptar herramientas que me fueran de utilidad para mi trabajo diario. En ocasiones este espacio sirvió también para mi desahogo, al igual que el de mis compañeros, respecto a las distintas situaciones que vivíamos a diario.

11. Grupo psicoeducativo (aula de hospitalización)

Esta actividad se llevaba a cabo los días martes y jueves, a lo largo de 84 sesiones, cada una de una hora; con un rango de 15 a 60 pacientes aproximadamente, de todos los pisos de

hospitalización divididos en dos grupos en cada sesión. En cada grupo, por sesión, se encontraban aproximadamente cinco pasantes de psicología a cargo de la actividad.

Las sesiones de este grupo psicoeducativo tuvieron un impacto positivo en la mayoría de los pacientes, pues se mostraban interesados y entusiasmados por participar en la actividad la mayoría de las sesiones. Se enseñaron distintos temas (mencionados a continuación) a los pacientes, los cuales participaban y aprendían activamente, aunque había pacientes que no se sentían motivados por la actividad y no participaban. En ocasiones llegaron a surgir controversias dentro de las temáticas por diferencias de opiniones y peleas entre los pacientes, o con los pasantes en momentos en que no estaban de acuerdo o por el establecimiento de límites para cumplir con las reglas.

En lo personal, yo contribuía cada vez que era mi turno de exponer frente a los pacientes, utilizaba el materia que nos daban en la URI como guía de mi exposición, sin embargo, intentaba compartir la información de la manera más concreta y sintetizada, brindando ejemplos que les hicieran más fáciles las diferentes temáticas. Fomentaba también la participación de todos los pacientes en esta actividad, y además buscaba resolver sus dudas de acuerdo a las diferentes temáticas y dar sugerencias que pudieran servirles dentro y fuera del hospital. Realizaba diferentes actividades que servían para tener una mejor dinámica en cada sesión y que también motivaban a los pacientes y les ayudaban a reforzar el conocimiento y el aprendizaje. Cuando yo no presentaba el tema, apoyaba al equipo de pasantes con los pacientes, atendiendo las necesidades de los mismos y ayudando a mantener el orden y la atención en la actividad, como anteriormente mencione en otras actividades, esto por medio de la comunicación asertiva con los pacientes, el establecimiento de límites, y resolviendo, junto con mis compañeros, las

diferentes problemáticas que se pudieran suscitar, así como lo hacíamos en las demás actividades.

Dentro de las sesiones del grupo psicoeducativo había distintas reglas que los pacientes debían acatar, como levantar la mano para participar y esperar a que el expositor les otorgara la palabra, respetar las opiniones de todos los compañeros, guardar silencio y escuchar atentamente; y no se podía hablar de política, ni de religión, no porque no fuera importante, sino porque podrían generar controversia, además de que ser temas muy extensos y no había tiempo para discutirlos; por lo que todos debían centrarse en el tema que se estuviera exponiendo, preguntar y participar. Dentro del grupo psicoeducativo se exponían seis temas, cada semana se exponían dos temas y estos se iban rotando cada semana, al igual que él o los pasantes que presentaran el mismo. En mi caso, tuve la oportunidad de presentar los siete temas en distintas ocasiones, más de dos veces cada tema. Al principio lo hice junto con otro de mis compañeros y posteriormente sola. Estos temas se muestran a continuación:

Hábitos de salud.

Éste tema se expuso en 14 sesiones, cada una de una hora, dando en total 14 horas de exposición del respectivo tema. En este tema los pacientes participaban de manera activa, lo que hacía que se enriqueciera mucho la plática.

Tenía como objetivo brindar al paciente información acerca de higiene personal, por medio de hábitos diarios como el baño, lavado de manos, lavado de dientes, limpieza de la ropa, cuidado del cabello; además del ejercicio físico y la alimentación. Esto con el fin de reforzar en

el paciente hábitos diarios que fueran beneficiosos respecto a la higiene y aliño; así como salud integral en su vida diaria tanto dentro como fuera del hospital. En este tema además de mencionar los hábitos, daba una explicación concreta de cada uno, así como ejemplos físicos de los mismos, y la importancia de seguir con cada uno de en cualquier ámbito. Resolvía dudas y retroalimentaba la participación de los pacientes.

Habilidades sociales y asertividad.

Éste tema se expuso en 20 sesiones, cada una de una hora, dando en total 20 horas de exposición del respectivo tema. Era uno de los temas favoritos de los pacientes pues la mayoría participaba brindando ejemplos de su experiencia y haciendo preguntas.

Tenía como objetivo brindar al paciente información acerca de qué son las habilidades sociales, cuándo y dónde se desarrollan, cómo fomentarlas; además de qué es la asertividad y cómo comunicarse asertivamente en su vida diaria. Esto con el fin de que los pacientes pudieran desarrollarse en sus relaciones interpersonales de manera adecuada y se logaran comunicar de manera asertiva en todos los ámbitos de su vida. En éste tema, además de brindar los conceptos, intentaba explicarlos desarrollada y concretamente para que les quedaran claros a los pacientes y los entendieran de la mejor manera, brindaba ejemplos de los distintos ámbitos de desarrollo de las habilidades sociales, así como de cada concepto en particular. Resolvía las dudas que había, retroalimentaba las opiniones e incluso brindaba sugerencias que les sirvieran a los pacientes para mejorar sus relaciones interpersonales dentro y fuera del hospital.

Autoestima.

Éste tema se expuso en 18 sesiones, cada una de una hora, dando en total 18 horas de exposición del respectivo tema. Era de los que más les gustaba a los pacientes, pues se interesaban mucho, participaban de acuerdo a sus experiencias, daban consejos y sugerencias a sus demás compañeros, la mayoría se emocionaba, aunado a que se logró que reflexionaran mediante dinámicas que enriquecieron la plática.

Tenía como objetivo brindar al paciente información acerca de qué es el autoestima, los tipos de autoestima y sus características, cómo y en dónde se desarrolla; así como la manera de fomentarla. Esto con el fin de que el paciente identificara qué tipo de autoestima tiene y aprendiera y analizará cómo puede desarrollarla de manera adecuada; además de poderla diferenciar de los estados de ánimo. Intentaba dar el concepto de la manera más concreta y digerible y trabajaba en ello hasta que quedara bien entendido para todos los pacientes, daba ejemplos de los tipos de autoestima y de las diferentes características para que les quedara claro, los pudieran diferenciar de los estados de ánimo, y pudieran identificarse con alguna. Después de eso intentaba fomentar el trabajo positivo de la misma para fomentarla con diferentes ejemplos y estrategias para desarrollarla de manera adecuada.

Proyecto de vida.

Este tema se expuso en cuatro sesiones, cada una de una hora, dando en total cuatro horas de exposición del respectivo tema. Este tema se dio en muy pocas sesiones, a comparación de los demás pero a la mayoría de los pacientes les gustó y respondieron bien al mismo.

Este tema tenía como objetivo brindar al paciente información acerca de cómo se crea un proyecto de vida, así como los pasos que hay que realizar para llevarlo a cabo. Esto con el fin de que pudiera ordenar sus prioridades, valores y expectativas; y de esta forma poder tomar mejores decisiones para su vida, además de crear un proyecto que llevarán a cabo cuando terminara su periodo de hospitalización. Intenté brindarles la información de manera concreta y digerible para que lo entendieran, y posteriormente con ejemplos y sugerencias íbamos creando un proyecto que les sirviera como ejemplo a partir de su trabajo dentro del hospital y de las metas que tenían fuera de este.

Conciencia de la enfermedad.

Este tema se expuso en 14 sesiones, cada una de una hora, dando en total 14 horas de exposición del respectivo tema. Este era el tema más complicado; pues generaba mucha controversia en los pacientes, en relación a las enfermedades, los tratamientos, la religión, teorías conspirativas de las farmacéuticas, etc. Aunque existieron pacientes que respondieron de manera positiva al tema, participando y compartiendo sus experiencias para ejemplificar y sugerir a los demás.

Este tema tenía como objetivo brindar al paciente información acerca de qué era la conciencia de enfermedad, así como los diferentes niveles de conciencia que hay desde la negación hasta la aceptación de la misma. Esto con el fin de que el paciente pueda identificar en cuál nivel de conciencia está, y de esta forma pueda avanzar hasta lograr su aceptación; comprender mejor su enfermedad y evitar las recaídas. Yo intenté brindarles la información con mucho tacto y de la manera más sencilla y comprensible, debido a que es un tema delicado.

Ponía ejemplos en general de las enfermedades y de cómo desarrollar conciencia acerca de las mismas, pero también hablaba acerca de que la enfermedad es solamente una característica de la persona y no la define en lo absoluto, esto les ayudaba mucho a comprender la situación y tomarlo de mejor manera. Escuchaba las participaciones, experiencias y opiniones en general de los pacientes y lo utilizaba para llegar a los demás, intentando usar ejemplo y dando retroalimentación, intentando evitar la controversia.

Adherencia terapéutica.

Este tema se expuso en 14 sesiones, cada una de una hora, dando en total 14 horas de exposición del respectivo tema. Este era uno de los temas más difíciles de exponer, pues iba ligado y de la mano con el tema de conciencia de la enfermedad y también generaba mucha controversia. En este tema muchos pacientes participaron con sugerencias para sus compañeros acerca de su tratamiento, así como de sus recaídas.

Este tema tenía como objetivo brindar al paciente información acerca de qué es la adherencia terapéutica, cómo se desarrolla; así como estrategias para mantener en orden su tratamiento farmacológico. Se resolvían dudas acerca de los tratamientos que llevaban, así como dudas en general de la temática y de su enfermedad. Esto con el fin de que el paciente se hiciera responsable de su tratamiento; además de que tuviera una participación activa en el mismo y lograra un estilo de vida saludable apegado a su enfermedad y así evitar recaídas. En este tema, al igual que en el anterior, yo escuchaba las participaciones, experiencias y opiniones de todos los pacientes y utilizaba esto como material para trabajar con los demás. No solo buscaba dar los conceptos, sino también dar ejemplos con estrategias y sugerencias que les pudieran servir a

todos. Daba retroalimentación en general e intentaba que las pláticas fueran enriquecedoras, evitando la controversia.

En el apartado de **ANEXO 1** se presenta un ejemplo de la **carta descriptiva** de las actividades señaladas (Tabla 5).

El desempeño de mi trabajo como pasante en el hospital fue evaluado diariamente, esto por medio de la retroalimentación que me otorgaba el equipo de trabajo a lo largo de todas las actividades, y principalmente al final de los días durante la retroalimentación; donde me brindaban comentarios, recomendaciones y crítica constructiva que me permitía escuchar, analizar, corregir, y mejorar, así como reforzar el trabajo cotidiano.

Aunado a lo anterior, en las pláticas psicoeducativas y en los círculos de lectura se evaluaban las sesiones cada día. Al final de estas actividades se hacían dinámicas de cierre para reforzar el conocimiento, donde se conocía el aprendizaje de los pacientes, las dudas que les surgían, su interés y entusiasmo hacia las actividades, y cómo podíamos mejorar nuestro trabajo para que fuera más enriquecedor y tuviera un mejor impacto para ellos. Los pacientes también retroalimentaban nuestro trabajo con opiniones y comentarios que nos otorgaban en las sesiones, y también recibíamos retroalimentación por parte del personal de salud en general del hospital, quienes en distintas ocasiones nos hablaban acerca de la importancia de nuestro trabajo y el impacto que generaba en los pacientes.

Otro aspecto fundamental de los resultados del programa fue el aprendizaje académico que se tuvo; pues además de las actividades prácticas que se realizaron durante el periodo del servicio, aprendí en los seminarios, retroalimentación y demás actividades académicas; en los que adquirí conocimiento acerca de la psicopatología en general; de la evaluación de los

pacientes, además del desarrollo de las enfermedades, del trabajo que se hace en el hospital; etiología, síntomas y el tratamiento de los diferentes padecimientos que trata el hospital; además de terminología médica y clínica, y otros aspectos importantes dentro del trabajo hospitalarios, como es el uso de algunos fármacos, el trabajo en equipo con los demás profesionales de la salud, los lineamientos del hospital, etc. En estos se recibía retroalimentación por parte de la supervisora y por parte del equipo de trabajo lo que ayudaba a la comprensión integral del seminario, en el cual aprendí algunos elementos que desconocía de estos temas, y algunos otros se reforzaron; por lo que mis conocimientos y habilidades en lo que respecta a estos temas se enriqueció mucho, y ahora entiendo mucho más el trabajo que se hace dentro de un hospital psiquiátrico, en las distintas áreas. También durante la retroalimentación con el equipo de trabajo aprendí a partir de la experiencia de mis demás compañeros, acerca de cómo reaccionar y resolver distintas situaciones y también aprendí de sus conocimientos y habilidades, de las cosas que me compartían durante el trabajo, y también a partir de la observación y el análisis de su trabajo con los pacientes. De igual manera aprendí por medio de la asesora, y de los demás psicólogos adscritos, ya que me retroalimentaban en mi trabajo diario en las distintas actividades, y me aconsejaban acerca de cómo enfrentar y resolver distintas situaciones en el hospital.

El impacto que se obtuvo a partir del trabajo de la Unidad de Rehabilitación Integral, positivo y enriquecedor para los pacientes y los beneficia en muchos aspectos; pues les ofrece información y diferentes herramientas para su rehabilitación dentro y fuera del hospital, además de que les brinda confianza y seguridad para llevar su vida cotidiana como cualquier otra persona. Éste es el aporte que realiza cada pasante a lo largo de su prestación del servicio social en la realización de todas las actividades; sin embargo aún falta mucho dentro de todo este

trabajo, pues además de todo lo que es mejorable en cada una de las actividades y en el programa en general que sigue la URI, sin mencionar ya todo el trabajo en conjunto del hospital; la atención en general que brinda el pasante depende principalmente de la actitud y que tanto interés tenga, de su disposición para aprender, de que tanto se involucre, y del compromiso que tenga de manera personal y profesional. Además depende mucho también de sus aptitudes, los conocimientos, habilidades y herramientas en Psicología clínica que tenga de formación y previo al servicio social, así como la aplicación con cada paciente y un trabajo autodidacta y muy en función con el criterio de cada uno. En mi caso en particular, hice uso de toda la información que conocía y me podía servir en este contexto, así como todo mi aprendizaje durante mi formación profesional en la universidad; además de esto me prepare previamente, informándome acerca del trabajo psiquiátrico, la psicopatología, el desarrollo de la psicología en el ámbito hospitalario, la atención y el tratamiento para este tipo de pacientes, etc., y además me seguía preparando diariamente estudiando los temas que veía en el seminario, leyendo artículos, actualizando la información que tenía acerca de las diferentes patologías, así como de las situaciones que se me pudieran presentar dentro del hospital, y lo que le podía brindar a nivel profesional de atención y tratamiento a los pacientes, en lo que me enfoque en general, intentando en la medida de lo posible contribuir a su rehabilitación integral y a la mejora de su calidad de vida dentro y fuera del hospital; por medio de la psicoeducación, las técnicas y estrategias que les brindaba, la contención y regulación emocional, la relajación y meditación, entre otras cosas, el acompañamiento terapéutico en general.

En el desarrollo personal y profesional que obtuve dentro del servicio social, en la URI, puedo decir que mejoró mi capacidad expositiva, paciencia y tolerancia, responsabilidad,

empatía, escucha activa, habilidades sociales, organización, trabajo en equipo, coordinación, expresión de las ideas, entre otras cosas; además de todo mi aprendizaje en cuestión de conocimientos y habilidades a nivel profesional.

Aprendí mucho acerca del trabajo dentro del hospital psiquiátrico, así como de los pacientes, a partir de mi experiencia y trabajo diario, así como del seminario, la retroalimentación diaria, y mi formación autodidacta. Aprendí a partir del trato con los pacientes, respecto a los signos y síntomas de cada patología así como de la evolución de las enfermedades en si. También aprendía acerca del tratamiento que reciben los pacientes psiquiátricos hospitalizados, tanto farmacológico, psicológico, así como las demás áreas. Aprendí a enfrentar y resolver de forma asertiva y adecuada las diferentes situaciones complicadas (conflictos entre los pacientes, conflictos con todo el personal sanitario, abandono hospitalario, acatamiento de reglas y normas, mantenimiento del orden, establecimiento de límites, situaciones relacionadas con la sintomatología de los pacientes, así como manejar crisis en los mismos, tanto físicas como psicológicas, etc.).

El periodo de prestación de servicio social me otorgó mucho aprendizaje; me sensibilizó a nivel personal y profesional; y me otorgo una nueva perspectiva respecto a la atención y tratamiento que se otorga en una institución como esta, un panorama más amplio y la oportunidad de desarrollar una propuesta de mejora para el trabajo que se desempeña dentro del hospital, principalmente respecto a la Psicología. Una propuesta que ayude a mejorar el trabajo que se realiza en general dentro del hospital y específicamente en la URI; que sea enriquecedora y fortalezca todo lo que ya se hace, además de brindar herramientas que ayuden a mejorar las debilidades y así poder brindar la importancia que requiere un tratamiento de calidad al elemento mas importantes de esta institución, el paciente.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

El trabajo dentro de la Unidad de Rehabilitación Integral tiene un impacto positivo para los pacientes, además del impacto que tiene para los pasantes, quienes aprenden mucho del trabajo dentro de esta área. Sin embargo, hay todavía mucho que se debe hacer para mejorar el trabajo en general dentro de esta área, en las actividades, el trabajo de esta área (que se menciona posteriormente), y factores internos de atención (relacionados con las funciones y responsabilidades del personal), así como en lo que respecta a los factores externos que afectan el desempeño del área y que permean el desarrollo, el crecimiento y aprendizaje de los pasantes. A continuación se mencionan las recomendaciones y sugerencias para la mejora acerca de estos factores externos.

En principio considero necesario que se tome en cuenta la importancia del trabajo que realizan los pasantes dentro de ésta área; que se les brinde respeto, por parte de todo el personal del hospital, incluyendo jefes de las áreas y directivos; que se les apoye y se les brinde la consideración necesaria, así como las herramientas para poder realizar su trabajo de manera óptima. Esto en relación a los espacios y horarios que se les otorgan en las aulas de los pisos, en el área de jardín y la misma URI. Además es de suma relevancia que se le dé la importancia al trabajo del área también; que se pueda desarrollar de manera óptima de acuerdo a lo programado y que queden de lado los conflictos personales que existen entre el personal sanitario, principalmente los jefes de las áreas, debido a que esto influye en el trabajo de todos, en este caso en particular en el trabajo que desempeñan los pasantes de esta área. Las actividades dentro de la URI, se modificaron, y se redujeron todo el último mes del servicio social, debido a estos

conflictos; los pasantes estaban en los talleres casi todo el tiempo, y además ya no se permitía el trabajo en los pisos de hospitalización, sino únicamente dentro de la unidad. Esto debería modificarse y regresar a como se tenían contempladas las actividades anteriormente pues era mucho más fructífero para el tratamiento de los pacientes y para los pasantes, pues el trabajo era más amplio, además de que había una mayor interacción con los pacientes de hospitalización y eso brindaba un mayor aprendizaje.

Respecto al personal de enfermería, éste debería tener actualizada toda la información de los expedientes de cada paciente, para que el manejo de los mismos en las actividades fuera más sencillo y eficaz, pues en ocasiones el trabajo se vuelve lento debido a la falta de actualización de expedientes y respecto al permiso para participar o no en las actividades. Aunado a un manejo poco eficiente de los pacientes, lo que conlleva a un entorpecimiento en la relación pasante-paciente, además de suscitar en ocasiones conflictos con los pacientes, entre el mismo personal sanitario, y el cometer errores que pueden ser graves ya que ponen en riesgo la seguridad e integridad de los pacientes así como de los pasantes.

Por otra parte en el área del jardín, muchas veces falta personal de seguridad que sirva como apoyo para los pasantes de psicología en sus actividades. Además, el personal de seguridad debe ser capacitado para tener un aprendizaje del manejo adecuado y trato hacia los pacientes, de tal forma que no ponga en riesgo el bienestar de los mismos, así como de los pasantes. En términos generales, todo el personal se podría replantear mejoras en relación al trato digno a los pacientes, así como en la calidad de los servicios que otorga, de tal forma que su atención fuera más enriquecedora, para que los pacientes pudieran realizar la actividad de manera segura y tranquila, con el fin de brindar bienestar para ellos, y de esta forma evitar distintos conflictos que

se pueden suscitar entre los pacientes, con los pasantes, además del abandono hospitalario, entre otras situaciones problemáticas.

Con relación a los pacientes, para los que se encuentran en hospitalización, sería importante tomar en cuenta que no hay ningún tipo de tratamiento psicológico, contención o trabajo psicoterapéutico para los mismos, que desarrolle un profesional especializado (principalmente un psicólogo); no existe un espacio donde ellos puedan trabajar personalmente lo que viven. Por lo que es fundamental que la institución brinde este tipo de intervención en conjunto con los pasantes de las diferentes áreas, con la finalidad de que mejorara la atención, así como para que su rehabilitación sea mucho más adecuada y eficiente, además de brindar bienestar dentro del proceso de hospitalización.

Considero relevante que se tome en cuenta la dinámica relacional que se presenta en la URI, pues hay dificultades personales entre todo el equipo de trabajo, con los pasantes, los voluntarios, la jefa del área, y la asesora debido a preferencias, conflictos, así como la falta en el cumplimiento de normas, acuerdos y protocolo que se había establecido con anterioridad para las actividades. Esto sucedió durante el periodo de mi servicio social, y en ocasiones llegó a ser desgastante y problemático, por lo que considero, deberían de tomarse en cuenta estos elementos para futuros programas, proyectos o actividades dentro o fuera de esta área y/u hospital. Aunado a que los responsables deberían comprometerse más con los pasantes, así como estos mismos deben comprometerse más con el trabajo que se realiza, para así brindar un mejor servicio y atención a los pacientes; esto con su constante preparación, estudio y actualización, así como la participación activa en cada actividad.

Respecto a las actividades y el trabajo interno que se realizaba en la URI, sería recomendable considerar los cambios y mejoras que a continuación se enumeran:

Actividades socio-recreativas

Con relación a todas las actividades que se realicen; se pueden hacer de manera más organizada y estructurada; esto por medio del uso de un programa de logística en el cual se enumeren y describan todas las diferentes actividades socio-recreativas, así como quien las desarrollara cada sesión, los horarios, materiales, etc.

Respecto a las actividades en el jardín; en relación con la reproducción de la música, puede hacerse por medio de una lista de reproducción en la cual se integren diferentes géneros para que pueda ser más versátil y no se repita en cada sesión lo mismo.

Respecto a las actividades deportivas; se pueden utilizar más balones y se pueden estructurar juegos en todas las canchas, para no desperdiciar los espacios. Incluso se podrían realizar torneos entre los pacientes, que puedan jugar cada sesión hasta llegar a las finales, en las que el equipo ganador obtuviera algún beneficio. Esto con la finalidad de que se convierta en un evento socio-recreativo diferente; donde se motive a los pacientes a hacer más deporte, a desarrollar una competencia positiva, un desarrollo físico y emocional sano, con una actividad organizada y divertida.

De acuerdo con las actividades físicas con los fisioterapeutas, éstas podrían estar más estructuradas y organizadas, ser sencillas y atractivas para que los pacientes se motiven e interesen por las mismas y las realicen. Considero que también se podrían impartir, en sesiones

esporádicas, clases de algún tipo de danza, o actividad física estructurada, para que bailen y hagan actividad física al mismo tiempo, se diviertan y se motiven más.

Se podrían organizar más eventos socio-recreativos con alguna temática específica una vez al mes, con la finalidad de darle un descanso a las actividades que se realizan regularmente y así poder motivar a los pacientes realizando actividades variadas.

Sería pertinente que se invitara más a los pacientes a formar parte de las diferentes actividades ya existentes, y que estas se hicieran más atractivas para que los mismos pacientes se acerquen a participar interesados y estas actividades se lleven a cabo de mejor manera, principalmente para motivar a aquellos pacientes que se aíslan o no pueden integrarse fácilmente al grupo.

Por último, considero que en todas las actividades se podrían incluir más a los pasantes psicólogos para desarrollar más su empatía y mejorar el desarrollo de la relación con el paciente. Además considero que los pasantes tanto de Psicología como de Fisioterapia, podrían dividirse en grupos para estar enfocados en una actividad en específico, esto para que no se descuide ninguna y se le dé más atención a los pacientes, además para que los pasantes tengan la obligación de participar en alguna actividad, y se vayan rotando para que las conozcan y desarrollen, y todos trabajar en todas las actividades y con los diferentes pacientes.

Respecto a las proyecciones de película; las películas que se eligen para la proyección podrían ser más enfocadas a los valores humanos o a alguna enseñanza para los pacientes, y que fomenten la reflexión y el análisis de los mismos; que al final de la actividad podría generar un discusión positiva entre los pacientes acerca de la película y las diferentes temáticas mencionadas en la misma. Además, se podrían proyectar más películas de diferentes temáticas que fueran interesantes y variadas para que no se estuvieran repitiendo.

Grupo psicoeducativo y círculo de lectura

Se pueden impartir las pláticas y los círculos entre dos pasantes cuando haya la posibilidad, esto para hacer más fructífera la sesión e incluso la dinámica. También el resto de los pasantes que se quedan en el aula como apoyo al expositor, pueden formar parte del grupo de la sesión y participar en éstas con ejemplos y opiniones, para enriquecer la información y fomentar las participaciones de los pacientes. Los mismos pasantes pueden realizar ejercicios de relajación al principio y al final de las pláticas, de manera estructurada y bien organizada, con el fin de que los pacientes puedan aprender estos ejercicios e implementarlos en su vida diaria, y así estar relajados, y desarrollar mejor todas sus actividades, en específico éstas.

Los temas no siempre están bien estudiados, por lo que considero que los expositores no solo deberían de utilizar el material ya existente como guía de su exposición, sin además deberían preparar los temas más completos, dar ejemplos pertinentes, retroalimentaciones de manera adecuada y para que las dinámicas sean significativas. De igual manera, en los círculos de lectura, los temas pueden ser variados, diferentes en cada sesión, al menos de dos semanas para que no se repitan, así como las lecturas que sean variadas, enfocadas en los valores, y que fomenten la reflexión y además puedan generar interés, y una discusión positiva en los pacientes.

Las actividades que se hacen en las sesiones pueden estar más relacionadas a la comprensión de los temas; también se pueden hacer algunas dinámicas de integración o juegos que sean interesantes y atractivos, y ayuden a sus capacidades cognitivas; también se podrían hacer dinámicas relacionadas con afianzar las ideas de la plática o de las lecturas y reforzar el conocimiento y el aprendizaje en general.

El trabajo de psicoeducación que se realiza con los pacientes considero que no sólo se debería de hacer con ellos, sino también con los familiares; pues los pacientes al salir del hospital regresan a los mismos entornos donde se encontraban y con las mismas dinámicas tóxicas que pueden propiciar una recaída; por este motivo considero esencial el trabajo en conjunto con el paciente y su entorno, en este caso su círculo más cercano, para ayudar a la rehabilitación dentro y fuera del hospital. Aunque lo óptimo sería que también se formara un grupo psicoterapéutico para los mismos, como en el caso de los pacientes ambulatorios.

Estimulación cognitiva

Respecto al material; se pueden utilizar juegos de mesa más variados, porque se repiten bastante los juegos en cada sesión. Podrían también, ser juegos creados por los pasantes, que estén enfocados en estimular las capacidades cognitivas de los pacientes. Los dibujos que se utilizan pueden ser mandalas, que fomentan la relajación, y que se puedan utilizar diferentes colores y otras herramientas de trabajo como plumones, siempre que cumplan con los requerimientos del material que se puede utilizar en el hospital. De igual manera, se podrían hacer manualidades que les sirvieran para vender o regalar, algo similar a lo que se hace en los talleres de los pacientes ambulatorios, pero adaptados a los pacientes que se encuentran en hospitalización.

Se puede fomentar la motivación en el piso con todos los pacientes para que participen, hacer atractivas las actividades para que se acerquen a realizarlas y les ayuden en su estancia en el hospital y en su rehabilitación en general. La música que se escucha podría ser de relajación, o música clásica que sea estimulante, pues sería más adecuado para esta actividad, ya que se

escucha música popular que no todos los pacientes conocen o a muchos no les gusta, y es preferible que ese tipo de música se utilice en las actividades socio-recreativas al aire libre donde pueden cantar, bailar y expresarse.

Los pasantes pueden realizar actividades en grupo con todos los pacientes en el piso, que sean propuestas y desarrolladas por ellos mismos, no solo dibujar o jugar juegos de mesa, sino también hacer actividades como crucigramas, sopas de letras, algunas dinámicas de grupo y dinámicas que utilicen más para el aprendizaje en conjunto y la estimulación de ciertas funciones como juegos de memoria, atención, concentración, que fomenten habilidades sociales, etc. Los pasantes se pueden capacitar también en diferentes técnicas y estrategias terapéuticas, de relajación, meditación, etc., que sean sencillas que después puedan enseñar a los pacientes y hacer mucho más dinámico y enriquecedor el trabajo.

Acompañamiento terapéutico

Lo más recomendable es que todos los pasantes de Psicología brinden acompañamiento terapéutico y toda la asistencia que implica esto. No sólo en las actividades socio-recreativas, sino también cuando se realizan las actividades en los pisos de hospitalización, incluso podrían hacerlo en el área de comedores cuando se realiza la estimulación cognitiva, y en todos los momentos donde hubiera espacio. Esto por medio de la psicoescucha, el asesoramiento, apoyo y asistencia, que pueda brindar el pasante a todos los pacientes, por lo que tiene que estar bien capacitado con los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación profesional, además de por parte de la institución; así como preparado constantemente de manera autodidacta.

Psicomotricidad

Sería positivo que los pasantes de Psicología también formarán parte de estas actividades, pues es muy enriquecedor para su formación, ya que son nuevos conocimientos y habilidades que se podrían adquirir, y podrían trabajar de otra manera con los pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Considero que en general todas las actividades que se realizan en el fray tienen su objetivo e impacto positivo en los pacientes; sin embargo creo que todas tienen mejoras por hacer. Además hay diversas actividades, como las mencionadas anteriormente, que se pueden implementar para enriquecer el proceso de los pacientes durante su rehabilitación, así como algunas otras actividades que se podrían realizar para enriquecer la formación de los pasantes en la práctica clínica dentro del hospital, como es el caso de las entrevistas clínicas, actividades con pacientes ambulatorios como el trabajo grupal en sesiones de psicoterapia, etc. El trabajo dentro de los talleres de inclusión debería de ser esporádico para los pasantes, ya que no se relaciona con psicología, o podría lograrse una integración de la disciplina dentro de estas.

Lo óptimo es que los pasantes reciban una capacitación previa para realizar el trabajo dentro del hospital, para el manejo en general de los pacientes, y para realizar toda y cada una de las actividades del programa.

PROPUESTA DE MEJORA

En el siguiente apartado se realiza una propuesta de mejora que se pueda implementar en la institución donde se realizó el servicio social, fundamentada con información relevante y actualizada y con un alto impacto positivo. De igual manera, se hace un análisis sistemático con base en el soporte teórico metodológico, con el fin de analizar y evaluar el modelo existente, además de brindar información para lograr implementar un modelo y/o guía clínica de atención psicológica para pacientes psiquiátricos enfocado en su rehabilitación integral, que rompa el antiguo paradigma de la atención psiquiátrica tradicional y este a la altura de lo que se realiza a nivel internacional y que se adapte a las necesidades de México y del hospital, para que se pueda implementar dentro de éste. Es importante que contenga herramientas y técnicas relevantes de tratamiento que ayude a los pacientes a lograr su rehabilitación integral, esto tomando en cuenta las actividades que ya se realizan, así como las recomendaciones y sugerencias mencionadas anteriormente; esto sin dejar de lado las metas y líneas de acción que presenta la OMS (2013) en su plan de acción en salud mental, y demás publicaciones relacionadas, así como el gobierno de México en el programa de acción específico de atención psiquiátrica (CCINSHAE, 2015), y en base a los datos estadísticos proporcionados que se relacionan; logrando de esta forma una contribución a la institución, enriqueciendo el trabajo y logrando una mejor atención a los distintos pacientes con los que se trabaja en todo el hospital y específicamente en la URI.

Esta propuesta se encamina a que se cumpla con los objetivos de la promoción y prevención de la salud en principio, con el fin de aplicar una intervención enriquecedora, brindando atención, tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunas para este tipo de

pacientes. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (García G, Rodríguez M, Benia W., 2008).

México y la actualidad en tema de salud mental

Como se mencionó, los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, por lo que representan un reto, tanto en términos de salud como en la planificación de los servicios (CCINSHAE, 2015). Para lograr superar de manera exitosa este reto, en principio las políticas y la legislación de nuestro país deberían estar plenamente armonizadas con los instrumentos jurídicos sobre derechos humanos; para lograr su aplicación y la inclusión a personas con trastornos mentales, así como sus familiares dentro de las mismas. Además de poner en marcha programas de promoción y prevención en materia de salud mental, que tengan como objetivo mejorar la formación sobre salud mental o luchar contra la estigmatización (OMS, 2014).

La salud mental en la población es un fenómeno que está íntimamente determinado por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos; en este sentido, lograr que la población conserve la salud mental depende, en gran parte, de la intervención del gobierno como estado paternalista. La creación de una ley en materia de salud mental a nivel nacional es fundamental ya que justificaría muchas de las acciones del pueblo y de sus gobernantes, en cuestiones de toma de decisiones que dejan un abismo entre el pueblo y el estado y dejaría en claro la esencia

de los actos y la pluralidad de ideas en torno a la creación de parámetros de política pública, en un estado de bienestar social (Becerra-Partida, 2014).

México dispone de leyes, normas y programas de acción que regulan la atención en salud mental e incluyen los lineamientos básicos para las políticas públicas destinadas a paliar este tipo de afecciones; sin embargo, el eje de la atención de la salud mental en México, era y sigue siendo el hospital psiquiátrico, a pesar de que las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental ubican a la atención primaria como el punto desde donde articular la atención de la salud mental comunitaria, que es el modelo prioritario a seguir en tema de salud mental (Berenzon S., et al., 2013). La salud mental debe ser concebida como un derecho humano, y, como tal, no debe jugar a una serie de generalidades en la ley. La persona es un sujeto ético y de derechos y deberes, es un individuo respetado (éticamente) y tutelado (jurídicamente), por lo que la persona debería tomarse como centro de todas las consideraciones bioéticas, legislativas, valor supremo, punto de referencia, fin y no medio (Becerra-Partida, 2014).

Del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es destinado a la salud mental (cifra muy inferior a la recomendada por la OMS); de este monto, se destina el 80% a la manutención de los hospitales psiquiátricos, dejando solo 20% para financiar al resto de la red de servicios de salud mental (CCINSHAE, 2015). Lo mismo sucede con lo que respecta a recursos humanos enfocados a la salud mental; que además de ser insuficientes, en la mayoría de los casos, estaban concentrados en los hospitales psiquiátricos (Berenzon S., et al., 2013), por lo que las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven muy limitadas (CCINSHAE, 2015). Se debe poner como prioridad la reorientación del financiamiento hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los diferentes programas

de salud, como el de enfermedades no transmisibles crónicas; todo esto con el fin de que se permita que muchas más personas puedan acceder a intervenciones mejores y más costo-efectivas (OMS, 2013). Invertir en salud mental no es sólo una cuestión ética, social o una forma de aumentar el bienestar de las naciones, como ha recomendado la OMS, es también una cuestión de sostenibilidad económica en los países desarrollados. Los economistas ya lo han advertido: no hay progreso sin salud mental (Tortella-Feliu, et.al., 2016).

Un problema inherente a la salud mental es la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados destinar una gran proporción de los pocos ingresos que generan, llevándolos a crisis económica, humana, de valores, etc. La salud mental de un individuo se define por factores internos y externos, y es demasiado frágil para que nuestro sistema no la tome en cuenta (Becerra-Partida, 2014).

Todo esto se relaciona también con la alta proporción de pacientes internados en estas instituciones, en lugar del tratamiento ambulatorio. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios es más amplio, no alcanza para cubrir las necesidades de atención, además de la cantidad insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes, lo que resulta muy preocupante puesto que es precisamente durante las primeras décadas de la vida cuando comienzan la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Aunado a que cabe mencionar que se registró una vinculación escasa entre el sistema de salud mental y la sociedad civil. Tanto es así, que no se cuenta con información sistematizada sobre las asociaciones de usuarios y familiares. Asimismo, los programas destinados a que las personas con problemas mentales tengan acceso a un trabajo remunerado y a otras prestaciones sociales registraron un número muy

bajo, a pesar de existir disposiciones legislativas relacionadas con el empleo, la protección contra la discriminación y el aseguramiento de la vivienda de esta población (Berenzon S., et al., 2013).

El eje de la atención de las enfermedades mentales sigue siendo el hospital psiquiátrico. Las enfermedades mentales no se encuentran insertas en el sistema general de salud, lo que dificulta la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes (CCINSHAE, 2015). Éste desequilibrio demuestra que la atención de los trastornos mentales no está del todo integrada en el sistema nacional de salud y que hace falta un mecanismo adecuado de detección y tratamiento en los primeros niveles, así como un efectivo sistema de referencia (Berenzon S., et al., 2013). La manera de proporcionar servicios debe modificarse para dar prioridad a la atención comunitaria y aquella que se proporciona en primer nivel y en hospitales generales, para esto es de vital importancia que se cumpla con las metas y objetivos del programa de acción específico de atención psiquiátrica (CCINSHAE, 2015), así como cumplir con la periodicidad de los mismos objetivos, los métodos de transparencia y rendición de cuentas que se mencionan en el respectivo programa, mediante el sistema de monitoreo y seguimiento, así como de la evaluación de los resultados.

Otro aspecto a tomarse en cuenta es la relevancia que tiene la investigación psicológica en salud mental, pues esta debería lograr desarrollarse en mayor medida. Por todo el impacto que tienen las enfermedades mentales en la sociedad, deberían dedicarse mayores recursos a esta problemática; el llamado no solo es en el sentido de defender una vez más la necesidad de ampliar tales recursos, sino también de identificar las prioridades para avanzar en el conocimiento sobre mecanismos y procesos psicopatológicos, que guíen los programas de prevención y tratamiento, sin olvidar los aspectos de promoción de la salud mental. El objetivo

es complementar la información ya existente, ampliando el espacio, ya que muchas veces se tiende a poner un énfasis especial en el estudio de los tratamientos farmacológicos y de las bases exclusivamente neurológicas y bioquímicas de los problemas de salud mental. Por tanto, es necesario seguir avanzado en la investigación focalizada en psicopatología, especialmente sobre los mecanismos y procesos que explican y mantienen estos problemas, como eje básico para el desarrollo de nuevas intervenciones, tanto para la prevención, el tratamiento o la promoción de la salud mental. Los ejes principales en los que deberían invertirse esfuerzos en la investigación psicopatológica son: sobre los factores de vulnerabilidad y protección, sobre las trayectorias evolutivas de las manifestaciones psicopatológicas, sobre los procesos y mecanismos transdiagnósticos, sobre el desarrollo de modelos integrativos, sobre la diseminación de los tratamientos psicológicos eficaces, la mejor comprensión de los mecanismos de acción de los tratamientos psicológicos, etc. (Tortella-Feliu, et.al., 2016).

Es de mucha importancia poner atención específica respecto a diversos factores importantes, como es el caso de la financiación y la priorización de la investigación en salud mental, la formación de los profesionales a todos los niveles que ejercen su trabajo en contextos clínicos (incluyendo la necesidad de la formación continua y los cauces para el acceso a la profesión), la formación de los profesores universitarios que imparten docencia en disciplinas relacionadas con estos temas, las exigencias y/o los requisitos para poder seguir formando parte de la profesión, las relaciones entre los distintos profesionales de la salud mental, etc. (Tortella-Feliu, et.al., 2016).

Integración de la salud mental en el sistema general de salud: atención primaria

Se propone en principio el uso de la atención primaria como eje central, pues es un componente fundamental del sistema de salud. La atención de la salud mental desde el nivel primario hasta el terciario corresponde a un equipo multidisciplinario, donde es necesario que todas las disciplinas y los niveles se sincronicen para que exista una atención efectiva en la población (Ornelas, A. & Ruiz, A., 2016). Este trabajo multidisciplinario refiere al personal médico, de enfermería, psicológico y trabajo social, en conjunto. Es importante aclarar que no se cuestiona la efectividad de la atención, sino que está falta de sincronía y la confusión en los diagnósticos muestran la fragilidad y la vulnerabilidad a la que se ven expuestos los pacientes cuando pasan por las diferentes organizaciones y niveles en la red de atención (Ornelas, A. & Ruiz, A., 2016).

De igual manera se debe poner en función la promoción de la salud mental como uno de los objetivos principales, ya que las actividades implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Estas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. También la prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Bang, C., 2014).

La atención de la salud mental en todos los niveles de atención es fundamental, pero se debe empezar por mejorar la salud mental en la integración de la atención primaria esto debido a

que para empezar 1 de cada 4 familias tiene al menos un integrante que sufre un problema de salud mental o del comportamiento, y estos pueden ser atendidos por medio de tratamientos costo-efectivos existentes para estos problemas, los cuales pueden ser administrados con éxito en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2008). Además, es importante entender que el 40% del total de los pacientes con alguna enfermedad crónica (que son de las enfermedades que más generan costos) presentan síntomas de depresión y/o ansiedad (Vargas & Villamil, 2016).

Existen muchas razones de peso por las cuales es indispensable la integración de los servicios de salud mental a la atención primaria; en principio se entiende que es la manera más viable de asegurar que la población acceda a los cuidados en salud mental que necesita, ya que puede tener el acceso cerca de sus hogares y evitar costos indirectos, además de facilitar los servicios comunitarios de extensión y de promoción de salud mental, así como el seguimiento y manejo prolongado de las personas afectadas. La integración en la atención primaria ayuda a reducir la brecha que existe entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de personas que reciben tratamiento y atención. Otra razón es que de esta forma se mantienen las fuentes de ingreso; la integración de los cuidados en salud mental es menos costosa que la atención en hospitales psiquiátricos, tanto para los pacientes y las comunidades, como para el gobierno. El tratamiento de los trastornos mentales comunes es eficaz en función de los costos, y la inversión de los gobiernos puede redundar en importantes beneficios (OMS, 2008). Además, que los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes (OMS, 2013). Los servicios integrales de atención primaria buscan que la persona reciba tratamiento en forma

integral, que satisfaga las necesidades de salud mental de las personas con dolencias físicas, así como las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales (OMS, 2008).

Otra de las razones más importantes es que las personas con trastornos mentales que reciben atención en el ámbito de la atención primaria tienen una evolución más favorable que aquellas que son tratadas en hospitales psiquiátricos. Se obtienen mejores resultados en salud, mediante la detección temprana de problemas mentales, y la provisión de un tratamiento holístico que tiene en cuenta las necesidades tanto de la salud mental como física de las personas. Por último, el tratamiento de las enfermedades mentales es muy costo-efectivo y aún inversiones moderadas pueden resultar muy beneficiosas. La carga de los trastornos mentales es grande, ya que se encuentran presentes en todas las sociedades, además de la carga personal para las personas afectadas y sus familias, y producen dificultades económicas y sociales importantes que afectan a todos; sin embargo, la mayoría de las personas con trastornos mentales tratadas en atención primaria obtienen buenos resultados, especialmente cuando están vinculadas a una red de servicios a nivel secundario, terciario y en la comunidad (OMS, 2008). La atención primaria en salud integral con enfoque en salud mental incorpora acciones de prevención y promoción en acciones generales de salud, a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, buscando así humanizarla (Bang, C., 2014).

En otro punto relevante, se encuentra la estigmatización y la discriminación que las personas con trastornos mentales sufren, en especial, las violaciones de sus derechos humanos; en concreto sufren violencia, condiciones de vida inhumanas, además de la negación recurrente de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. Estas personas suelen vivir

situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (OMS, 2013). Por este motivo se deben tomar en cuenta las medidas pertinentes para proteger y fomentar los derechos de todas las personas que padecen trastornos mentales e intelectuales, en todos los niveles de atención; que a su vez permitan la inclusión, integración y desarrollo de estas personas dentro de la sociedad. En esta perspectiva, el criterio fundamental para reconocer a la persona humana, más allá de las manifestaciones de su personalidad, es la naturaleza propia de ese ser, la posesión de su naturaleza humana-racional aunque las potencialidades de esa naturaleza no se manifiesten todavía o temporalmente, de modo que es persona tanto en su ser como en su obrar y no pierde la dignidad propia de su naturaleza porque deje de obrar (Becerra-Partida, 2014).

Al lograr la integración de la salud mental en la atención primaria, se minimiza en gran medida el riesgo de estigmatización, discriminación de las personas, y se disminuye el riesgo de violaciones a los derechos humanos, algo que comúnmente ocurre en los hospitales psiquiátricos, e incluso en la comunidad (OMS, 2008).

Para lograr de manera óptima la integración de la salud mental, en todos los niveles de atención (principalmente en la atención primaria) y en el sistema de salud en general, se necesita llevar a cabo ciertas acciones específicas. Las políticas y los planes deben incorporar la atención primaria de la salud mental, no sólo por la normativa de salud mental, sino también por la normativa de salud en general; el cambio de actitudes y de conductas requiere asesoramiento y representación, ya que constituye un aspecto importante es posible utilizar información en forma estratégica y deliberada a fin de influenciar a otros a crear el cambio. Es preciso formar

trabajadores de atención primaria, debido a que la formación previa al servicio y/o en el empleo de los trabajadores de atención primaria en materia de problemas de salud mental es un requisito previo esencial; y las tareas de estos trabajadores deben ser limitadas y realizables. A su vez, las decisiones sobre las áreas específicas de responsabilidad deben tomarse después de consultar a diferentes interesados de la comunidad, evaluar los recursos disponibles y estudiar detalladamente los puntos fuertes y débiles del actual sistema de salud. Es preciso contar con profesionales e instalaciones especializadas de salud mental para apoyar la atención primaria, pero debe estar acompañada por servicios complementarios, especialmente elementos de atención secundaria a los cuales podrán remitirse en busca de derivaciones, apoyo, y supervisión; dicho apoyo puede provenir de los centros comunitarios de salud mental, los hospitales de nivel secundario o los profesionales capacitados que trabajan específicamente dentro del sistema de atención primaria. Los pacientes deben tener acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales en todos los niveles de atención, y principalmente en atención primaria, especialmente en los casos en que haya pocos especialistas de salud mental y médicos (OMS, 2008). Las evidencias nos muestran áreas de oportunidad para desarrollar propuestas como las anteriormente mencionadas, sin embargo, también se presentan barreras en la atención de la enfermedad mental en este nivel. En México, existe una asignación escasa de recursos humanos para atender pacientes con algún trastorno mental, por lo que se requiere de una nueva estructura organizacional en los diferentes niveles, cuyo propósito sea aumentar la capacidad resolutive del primer nivel. Existen diferentes motivos que generan barreras que influyen en la puesta en marcha de los nuevos modelos de atención, entre estos motivos se encuentran, que existe un exceso de trabajo del personal, ya que cada médico atiende en promedio de 18 a 20 pacientes por día, tiempo que le dedican al llenado de diversos formatos y programas prioritarios a los que se les presta mayor dedicación. Los

médicos comentaron que esta situación les impide trabajar en proyectos alternativos, ya que les significa una actividad extra. Otro aspecto que se encontró fue la falta de coordinación entre los niveles locales y centrales, principalmente en la dotación de medicamentos, ya que los psicofármacos son insuficientes, y cuando se distribuyen, no coincide la demanda con el abastecimiento de psicofármacos del nivel central; además de que los profesionales aún no se sienten capacitados para prescribir psicofármacos. De no considerarse la diversidad de problemas administrativos a los que se enfrentan los profesionales de la salud de este nivel de atención, difícilmente se cumplirá con este propósito (Vargas & Villamil, 2016).

Debe también considerarse destinar una parte de los Psicólogos Clínicos de las unidades de salud mental, para realizar las funciones de apoyo a Atención Primaria. De este modo, sería posible atender a aquellos problemas de Salud Mental que no constituyen un trastorno mental, o que presentándolo la sintomatología es leve (duelos, síntomas ansioso-afectivos secundarios a problemas laborales o en las relaciones, etc.), pero que puede ser conveniente abordar para prevenir patología moderada, reducir la intensidad del malestar y/o reducir el consumo psicofarmacológico. Además, la presencia de Psicólogos Clínicos en Atención Primaria haría posible trabajar en la prevención y abordaje de otros problemas de salud, como la obesidad o la violencia de género, que constituyen objetivos sanitarios; esto en conjunto con la elaboración de guías, protocolos y/o mapas asistenciales consensuados para los trastornos más frecuentes, basados en criterios de evidencia y excelencia (Sánchez, A., et.al., 2009)

La integración es un proceso que llevará tiempo, ya que después de que la idea haya ganado aceptación general, queda aún mucho trabajo por delante. Para esto es crucial contar con un coordinador de servicios de salud mental para dirigir el programa, superar los desafíos e

impulsar el proceso; así mismo se requiere la colaboración con otros sectores del gobierno ajenos al ámbito sanitario, organizaciones no gubernamentales, trabajadores de salud a nivel sector y comunidad, y con los voluntarios; además de recursos financieros y humanos para establecer y mantener un servicio (OMS, 2008). También es recomendable realizar investigación y obtener información de profesionales de las diversas disciplinas que competen en este ámbito, como es el caso de psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social, con el fin de obtener un panorama más amplio de lo que acontece en materia de salud mental (Ornelas, A. & Ruiz, A., 2016).

Planes, programas y guías para la intervención en el campo de la salud mental

Cada vez existen más pruebas científicas que demuestran la eficiencia y la buena relación costo-eficacia de intervenciones cruciales para abordar trastornos mentales prioritarios. Existen distintos tipos de intervenciones que se pueden implementar en el sistema de salud para un tratamiento adecuado de los trastornos mentales, como es el caso de la epilepsia; la depresión; la psicosis; entre otras. Además de la existencia de una serie de medidas eficaces para prevenir el suicidio; prevenir y tratar la demencia; y tratar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias; entre otros (OMS, 2018).

Existe información sobre intervenciones de salud mental viables y costo-efectivas que se pueden expandir para reforzar los sistemas de atención sanitaria mental (OMS, 2013); para esto se han elaborado diferentes estrategias, programas, y guías, en los cuales, la OMS presenta directrices basadas en la evidencia para que los no especialistas puedan identificar y atender

mejor una serie de trastornos mentales prioritarios. Entre estos recursos se encuentra el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013); El Programa de Acción para superar la brecha en Salud Mental (mhGAP) (OMS, 2008); las Notas Descriptivas de los diferentes temas de importancia sobre salud mental que se presentan en la página web oficial (OMS,2018); las diferentes guías que otorga para el tratamiento de los distintos trastornos mentales, como es el caso de Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos, y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2012); y otros documentos imprescindibles para el adecuado manejo e intervención de la salud mental, como es el caso del Atlas de Salud mental (OMS, 2014); y el Instrumento de Calidad y Derechos (OMS, 2012); entre otras publicaciones con información relevante en lo que a este tema respecta que se pueden utilizar como encuadre para la intervención en nuestro propio sistema de salud.

El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, que otorga la OMS, proporciona orientaciones para los planes de acción nacionales. Es esencial que se lleve a cabo de manera concreta y eficiente para posicionar el sistema de salud mental en México, a nivel mundial. Este plan tiene un enfoque integral y multisectorial, que pone especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación; además de proponer indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto del mismo. Está basado en vínculos conceptuales y estratégicos con otros planes de acción y estrategias mundiales; así como con programas pertinentes de organizaciones del sistema y grupos interinstitucionales de las Naciones Unidas, así como organizaciones intergubernamentales. Este plan de acción se basa en seis principios y enfoques transversales; cobertura sanitaria universal, derechos humanos, práctica basada en evidencias, enfoque que

abarque la totalidad del ciclo vital, enfoque multisectorial, emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. A partir de estos, se generan los principales objetivos del mismo. Estos son: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (OMS, 2013).

La finalidad de la implementación de este plan de acción es fomentar y proteger el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención sanitaria y social, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales; con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones. Esta principal propuesta se deriva de la utilización de orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios; centrándose en una serie de afecciones prioritarias y, dirigiendo la capacitación hacia un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales (OMS, 2013). Se puede implementar este plan de acción a nivel nacional, así como a nivel sectorial y dentro de las instituciones; ya que el mismo proporciona los elementos necesarios para llevar a cabo su desarrollo, desde acciones propuestas para los estados; acciones para la Secretaría de Salud; acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales; indicadores para medir los progresos hacia las metas definidas del proyecto; opciones para la aplicación del plan de acción; así como las respectivas metas bien definidas a llevar a cabo y algunos materiales y

recursos técnicos, además de vínculos con otros planes, estrategias y programas mundiales para llevar a cabo el plan de acción integral de manera adecuada.

En todo el mundo existen diferentes materiales y recursos que proporcionan guías para la intervención de la salud mental en todos sus niveles. En México se encuentran en la actualidad muchos recursos que pueden funcionar para implementar todas las medidas anteriormente mencionadas, en cada uno de los sectores de atención en salud mental, en las instituciones, y particularmente en cada área de atención dentro de las mismas. Uno de estos recursos son las guías clínicas que otorga el Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental (2018), que brindan herramientas para la intervención y el manejo de distintos trastornos tanto para adultos como para niños, así como de diferentes usuarios de atención psiquiátrica y que están dirigidas al personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales, un ejemplo de estas es la Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales (Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., et. al., 2011), la cual considero se puede utilizar dentro de las diversas instituciones de salud mental, por todo el personal sanitario, y principalmente por los psicólogos. La elaboración de guías, no es suficiente para que se reproduzca ese traslado a la práctica habitual, sino que es necesario incorporar de manera activa y dirigida, modelos, estrategias y recursos que aumenten las posibilidades aplicación de las guías y programas disponibles. Se debe orientar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones informadas, y realizar la planificación y el diseño de acciones y actividades ajustadas a cada realidad; para que de este modo se pueda favorecer la aplicación de los programas y las guías clínicas y mejorar el acceso a tratamientos eficaces en los sistemas públicos de salud (Moreno & Moriana, 2016).

Programa de servicio social

1. Evaluación del programa.

Respecto a la Facultad de Psicología, se debe tomar muy en cuenta la evaluación de los diferentes programas que se brindan para la realización del servicio social, sobre todo en aquellos en los que se hace un reporte por parte de los alumnos debido a alguna dificultad en el mismo. Lograr hacer un análisis en concreto y revisar si en realidad se cumplen con los objetivos y las actividades que plantean los mismos, esto con la finalidad de poder llevarlo a cabo de manera óptima; retirar el convenio con aquellos programas que no cumplan con lo estipulado, y mejorar aquellos otros programas en conjunto con las instituciones para fortalecer sus debilidades y que enriquezcan el aprendizaje y la práctica clínica de los pasantes. En el caso específico de éste programa, considero optimo que se evalúen los objetivos del mismo, ver si se están cumpliendo, así como el análisis en particular de las actividades que supuestamente se realizan, ya que es un muy buen escenario para la realización del servicio social, y es un buen programa, sin embargo en muchas ocasiones estas actividades no se realizan, o se hace de manera inadecuada, por lo que no se puede brindar la atención necesaria a los pacientes y se pone en riesgo la seguridad física y emocional de los pasantes.

Respecto a la institución, hay muchas cosas que se deben mejorar en el programa para enriquecer el trabajo y el aprendizaje de los pasantes dentro de él, algunas de estas cosas ya fueron mencionadas en las recomendaciones y sugerencias, que están basadas en los resultados; como es el caso del clima laboral en el área, la seguridad e integridad de los pasantes, el manejo de los pacientes, las mejoras de las actividades, etc. Se debe de evaluar en principio el papel que

funge el psicólogo dentro de la institución, y en particular el papel que está fungiendo el pasante de Psicología dentro de la institución en el trabajo que se desempeña en la URI, pues éste se enfoca primordialmente en un trabajo de cuidador de los pacientes, y deja de lado el desempeño de la formación académica, la práctica clínica, conocimientos y habilidades de los pasantes para realizar una intervención y tratamiento psicológico que en realidad brinde a los pacientes una asistencia y atención adecuada, que contribuya con su rehabilitación integral.

2. Capacitación y atención a los pasantes de Psicología.

Se propone que haya una capacitación para los pasantes a priori a la iniciación de la prestación del servicio, ya que las pláticas introductorias que se dan antes de comenzar el servicio social son muy generales respecto al hospital, protección civil, etc., pero no se habla de los pacientes en sí, o acerca de las problemáticas cotidianas a las que se enfrentan los pasantes, los cuales hacen uso de su criterio, conocimientos y habilidades propias para resolver las diferentes problemáticas; además de brindar la atención a partir de un aprendizaje y preparación casi totalmente autodidacta y basado en la experiencia ya durante el trabajo, que finalmente no es suficiente para el manejo adecuado de los pacientes y el desempeño adecuado en las diferentes actividades.

Para esto propongo que haya una capacitación previa y también continua, no solo durante la retroalimentación donde se aconseja y se dan sugerencias, o en el seminario donde se brinda una formación académica, sino también un espacio donde se trabajen, junto con un profesional especializado, las problemáticas a las que se enfrentan a diario los pasantes, haciendo uso de las diferentes estrategias que existen para el tratamiento y manejo de los pacientes, así como

resolución de los diferentes conflictos, contención, entre otras herramientas que necesitan a diario para la práctica clínica, esto también con ayuda de recursos como los antes mencionados, principalmente guías clínicas que el pasante pueda utilizar para desarrollarse mejor dentro del servicio social, así como al brindar la atención adecuada a los pacientes. Esto ayudaría mucho al pasante a tener más seguridad respecto a la atención, intervención, cuidado y tratamiento que brinda y también ante los problemas o conflictos que se le puedan suscitar. Estoy completamente de acuerdo con que el aprendizaje y trabajo del pasante dentro del servicio sea autodidacta, pero no sólo eso, pues no es suficiente para que pueda aprender de la manera más óptima y sobre todo desempeñar el trabajo en un escenario real. También se propone otorgar a los pasantes un espacio donde se hable de todas las situaciones cotidianas de este trabajo a nivel personal, donde se de contención emocional a los mismos e incluso donde se pueda desarrollar un grupo psicoterapéutico donde los pasantes puedan trabajar todo lo que normalmente se llevan guardado.

Se propone también hacer una selección de pasantes pertinente antes de iniciar el programa del servicio social, sobre todo tratándose de una institución hospitalaria, en la cual el trabajo que se desempeña requiere de ciertos conocimientos, habilidades y aptitudes por parte de los pasantes para poder desempeñar un papel enriquecedor y adecuado para la atención de este tipo de pacientes. Para esto propongo una selección de los pasantes por medio de distintos filtros que ayuden a los encargados de los programas en esta institución, en este caso del área, a poder discriminar entre los pasantes aptos y con el perfil adecuado para el trabajo en esta institución y los que no. Estos filtros podrían ser: desde la formación superior académica en el área clínica de la Psicología; un examen de aptitudes y conocimientos; una entrevista específica, entre otras

medidas que se pueden tomar para seleccionar a los pasantes de manera adecuada, como se hace en la selección de ingreso a un posgrado.

3. Propuesta a la institución.

Respecto a la institución, principalmente se plantea la propuesta de realizar un mejor trabajo multi e interdisciplinario dentro del hospital. Llevar a cabo el uso de técnicas y estrategias actualizadas para brindar la mejor atención, así como la implementación de los diferentes recursos que se encuentran, tal como es el caso de las guías clínicas y principalmente la implementación del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, cumpliendo las metas y objetivos del mismo, desde los diferentes niveles, con el cumplimiento de los objetivos en atención de salud mental que presenta en sus diferentes publicaciones la OMS.

Por último, se propone la implementación de la atención comunitaria en general y del eje de la RBC (OMS, 2012), a las diferentes áreas del hospital, y en este caso particular principalmente a la Unidad de Rehabilitación Integral. En la cual se pueda implementar este modelo de atención psicológica, el cual se apega a los métodos de atención en salud mental más utilizados a nivel internacional, propuesto por la OMS (2013) en sus diferentes publicaciones e incluso en el PAEAP (CCINSHAE, 2015) que otorga el sistema de salud del gobierno de México.

Propuesta de atención comunitaria

En la actualidad existen múltiples dispositivos de intervención comunitaria que articulan acciones en el campo de la salud mental, el cual es el tipo de intervención que se sugiere adoptar al hospital en general, y principalmente a la URI, para brindar una mejor calidad de atención con paradigmas actualizados.

De acuerdo con este tipo de intervención se propone entonces, el desarrollo de estrategias de intervenciones múltiples y flexibles para el fortalecimiento de vínculos y la constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación social, aspecto clave en la salud mental comunitaria, además de fortalecer y acompañar procesos de transformación a nivel grupal y comunitario. Si bien las estrategias pueden ser múltiples, el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos en el campo de prácticas en promoción de salud mental; prácticas integrales cuyo objeto es la comunidad en su conjunto. Se busca un enfoque comunitario, complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental; el cual debería orientarse a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad desde lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria, como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva. El abordaje comunitario genera grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja, no solo con usuarios del sistema de salud mental, sino que incluye a su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales en su complejidad, produciendo una clínica ampliada (Bang, C., 2014).

La intervención comunitaria mediante prácticas de promoción de salud mental crea condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo, colectivo, crítico y dirigido a la

acción. Esto es de fundamental importancia, teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, lo que se considera como indicador de salud mental comunitaria (Bang, C., 2014).

Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

En particular se propone la posibilidad de seguir el eje de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), que es el modelo de atención médica y de rehabilitación para personas con discapacidades que ofrece la OMS (2012). Respecto a la salud mental, busca promover y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental, apoyar su recuperación y facilitar su participación e inclusión en sus familias y comunidades. También, contribuye a la prevención de los problemas de salud mental y promueve la salud mental de todos los miembros de la comunidad. Tiene como principal objetivo lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros. Esto desde tres rubros importantes; desde la prestación de servicios de salud, desde el plan de salud pública de intervenciones colectivas, y desde los procesos de gestión de la salud pública (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2016).

Se pretende que se incremente la sensibilización acerca de la salud mental, reduciendo el estigma y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental. La salud mental es valorada y reconocida, de esta forma las personas con problemas de salud mental son incluidas en los programas de RBC, y pueden tener acceso a las intervenciones médicas, psicológicas, sociales y económicas para apoyar su proceso de recuperación, lo cual permite que se fortalezcan, con una mayor inclusión y participación en la familia y la vida comunal. A su vez, los miembros de la familia reciben apoyo emocional y práctico (OMS, 2012). Para desarrollar este tipo de rehabilitación, es esencial el uso de diferentes herramientas como la psicoterapia de grupo, así como implementar un diagnóstico y planeación participativos. Además de elementos muy importantes como la identificación, canalización y seguimiento; apoyo y acompañamiento a las familias y cuidadores; conformación de grupos de apoyo y ayuda mutua; participación, organización y movilización social; y gestión de servicios y programas institucionales (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2016).

Se espera promover y prevenir en tema de la salud mental; facilitar la inclusión en los programas RBC, con los cuales lograr la promoción de la salud mental, para en principio crear conciencia de enfermedad y que las personas puedan acercarse a los diferentes niveles de intervención y recibir la ayuda necesaria de manera eficaz y eficiente; lograr superar el estigma y la discriminación dentro de la comunidad; cambiar percepciones de la salud mental a través del contacto personal y el apoyo durante el proceso de recuperación; un enfoque holístico de la salud mental, facilitando el acceso a la atención médica, al apoyo psicológico, apoyo social, y el acceso a oportunidades de subsistencia; apoyo a las familias; contribuir al proceso de fortalecimiento. Para la promoción de la salud mental la RBC propone, crear ambientes

inclusivos que respeten y protejan los derechos de todos, incluyendo las personas con problemas de salud mental; fortalecer las redes comunales y la responsabilidad colectiva para prevenir el abuso de alcohol y drogas, la discriminación por género y la violencia familiar y comunitaria, desarrollando alianzas con otras partes interesadas relacionadas con la promoción de la salud mental y el bienestar; promover interacciones positivas entre madres, padres y sus hijos para mejorar el desarrollo infantil, así como promover, programas basados en evidencia que mejoren las competencias sociales y emocionales para ayudar a prevenir el abuso de sustancias y la violencia (OMS, 2012).

Un ejemplo de la intervención que se puede hacer dentro de este modelo de RBC (OMS, 2012), y que se propone a la institución como una mejora activa al actual programa de la URI, es por medio de un Grupo Psicoeducativo, que es una herramienta por la cual el profesional podría informar y educar no sólo a los pacientes; sino también crear un trabajo en conjunto con los familiares, que es un factor imprescindible y muy necesario dentro de la rehabilitación integral, además de muy funcional en esta área. Se haría desde la perspectiva biopsicosocial, proporcionando los conocimientos y aspectos esenciales en torno a la rehabilitación integral de las enfermedades mentales, basado en el modelo RBC. Esto a partir de los diversos recursos y guías que proporciona la OMS y algunas otras instituciones, que podría desarrollar todo el personal sanitario del hospital y principalmente los psicólogos y en este caso los pasantes de Psicología de la URI. Éste grupo psicoeducativo buscaría brindar distintas estrategias y herramientas que se pudieran implementar para una mejor calidad de atención y rehabilitación para los pacientes dentro y fuera del hospital.

Los principios en los que se integraría el grupo, son bajo un esquema colaborativo de un equipo de profesionales de la salud mental, que esté informado y capacitado en el modelo de RBC, y que apoye a la integración de las familias y el paciente al tratamiento, con objeto de sembrar la semilla de la rehabilitación integral comunitaria. Principalmente se pretendería desarrollar la promoción y prevención de la salud mental, así como sensibilizar a los pacientes y sus familiares respecto a la misma. Apoyar a resaltar los derechos de los pacientes, así como fomentar la inclusión de los mismos, combatir la discriminación y estigmatización, promover la reinserción social del paciente y la familia en todos los ámbitos; familiar, laboral, educativo y comunitario. Los principales objetivos serían adquirir información sobre la salud mental; tratamientos; autocuidado; redes de apoyo; discriminación; violencia familiar y comunitaria; adicciones; alerta hacia las recaídas; estrategias para el enfrentamiento de situaciones de crisis; creencias y prejuicios ante la enfermedad mental. Todo esto con la finalidad no solo de brindar la información, sino también reforzar el conocimiento; resolver dudas; solucionar problemáticas; brindar sugerencias; fomentar la expresión y comunicación asertiva; etc.

En el presente grupo psicoeducativo se llevarían a cabo diferentes módulos de clase, podrían ser 2 sesiones cortas de 40 minutos, una previa al inicio de los módulos de clase para dar inicio al grupo psicoeducativo; y otra al final del mismo para el cierre. Posteriormente, 8 módulos, 2 sesiones por semana, lo que sería un mes de trabajo en este grupo. Los módulos tendrían una duración de hora y media por sesión, para abordar y trabajar las diferentes temáticas, en los cuales se buscaría fomentar la motivación e interés de todos (pacientes y familiares), además del equipo de profesionales de la salud mental, para la participación y el trabajo en conjunto que enriqueciera las sesiones y contribuyera a la participación de los

pacientes. Este trabajo se realizaría aparte de las actividades cotidianas del área, donde se trabajaría con 5-10 pacientes seleccionados previamente y 5-10 familiares respectivamente, y como mínimo 2 pasantes y un psicólogo adscrito, previamente capacitados. Los grupos de pacientes podrían ser ambulatorios, de los que asisten a los talleres; u hospitalizados, los cuales tendrían que cumplir con los requisitos de tener el permiso de su médico psiquiatra, así como del personal de enfermería y de la URI; ser seleccionados de acuerdo al criterio del médico psiquiatra, y de los psicólogos adscritos de la URI. El paciente y su familiar deberán comprometerse a asistir a todas las sesiones (al final se les otorgaría una constancia de asistencia al grupo si cumplen por lo menos con el 80% de la asistencia); confidencialidad ante todo el trabajo del grupo; respeto y comprensión para todos los miembros, de acuerdo a sus experiencias y opiniones, para evitar así los conflictos; así como su participación voluntaria.

Los módulos de clase que se podrían manejar, serían de acuerdo al modelo RBC (OMS, 2012), a continuación se presentan algunos posibles módulos de clase y sus temáticas para desarrollar el grupo psicoeducativo, sin embargo, estos podrían enriquecerse, con más información y más módulos con diferentes temáticas, técnicas, estrategias y dinámicas, que fueran de relevancia y estuvieran dentro del modelo de la RBC.

Se tiene que tener en cuenta que debería llevarse una sesión corta previa al inicio de los módulos de clase, para la introducción del grupo psicoeducativo; en la cual se daría la bienvenida y presentación de todos los integrantes del mismo (instructores y participantes), se informaría los objetivos del grupo, las características de las sesiones y el encuadre, las reglas y normas del mismo, y el programa de módulos de clase que se llevaría a cabo; de igual manera debería realizarse una sesión corta posterior al termino de los módulos de clase, para el cierre del grupo psicoeducativo, en la cual se realice una evaluación en conjunto del grupo psicoeducativo, se

compártala experiencia y aprendizaje en el mismo, se resuelvan dudas y se refuerce el conocimiento adquirido y se haga una despedida.

Módulo 1: Componente de salud mental. Este módulo tendría como meta principal que las personas con enfermedad mental y discapacidad logren su grado máximo de salud posible. El objetivo es trabajar de cerca del sector salud para por medio de este modelo de atención lograr que los pacientes y sus familiares tengan más conocimientos acerca de su salud y participen activamente para alcanzar la buena salud; que se acerquen y tengan atención de la salud y servicios de rehabilitación, así como, mantenerse activos participantes en la vida familiar y comunitaria.

Se trabajarían elementos esenciales como la salud mental en general; el proceso salud-enfermedad; la enfermedad mental y la discapacidad; la tridimensión de la enfermedad mental; determinantes de la salud; las principales áreas de la RBC en salud, promoción de la salud, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal; la salud inclusiva; el derecho a la salud; los servicios de salud en la comunidad; entre otros.

Módulo 2: Conciencia y aceptación de la enfermedad: El papel de la familia y del paciente. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, identificar las reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad por parte de la persona enferma y de su familiar, así como reconocer la importancia del proceso de aceptación de la persona enferma y del familiar cuidador, admitir la nueva condición de vida, cómo poder afrontarla y sobrellevarla hacia una mejor calidad de vida.

Se trabajarían elementos como el entendimiento de la persona enferma y su condición de vida; la experiencia de la enfermedad y su proceso; el proceso de aceptación de la enfermedad mental, con sus diferentes etapas; la adaptación familiar y de las redes de apoyo a la enfermedad mental; sugerencias; entre otros. Todos estos elementos serían trabajados desde la perspectiva del paciente y de la familia.

Módulo 3: El tratamiento de la enfermedad mental. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, que el pacientes y los familiares conozcan los diferentes tratamientos para la enfermedad mental, así como la importancia de cada una de las intervenciones que se hacen en la salud mental. Además de la prevención de las adicciones a sustancias.

Se trabajarían elementos como el tratamiento médico y sus etapas; fármacos para la salud mental; evaluación de la salud mental; el pronóstico del tratamiento; otros tratamientos médicos; tratamiento psicológico y psicosocial; tipos de terapias; rehabilitación; atención comunitaria; adherencia al tratamiento; sugerencias para pacientes y cuidadores para el seguimiento adecuado del tratamiento; además de qué es una adicción; el proceso de las adicciones a sustancias; señales de alerta ante una adicción; prevención de las adicciones en sus diferentes niveles; entre otros.

Módulo 4: Componente de educación y subsistencia. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, que las personas con discapacidades reconozcan que tienen acceso a la educación y al aprendizaje permanente, dando lugar al desarrollo de su potencial, un sentido de dignidad y autoestima, y la participación efectiva en la sociedad. Además que todos los miembros logren identificar como pueden desarrollar medios de subsistencia, tener acceso a

medidas de protección social y la obtención de ingresos suficientes para vivir una vida digna y contribuir económicamente con sus familias y comunidades.

Se trabajarían elementos como qué es la educación, y como se desarrolla esta en los distintos ámbitos; el derecho a la educación; educación integrada; educación especial; educación inclusiva; atención de la primera infancia y educación primaria; educación secundaria; educación media-superior y superior; educación no formal; aprendizaje permanente. Además qué es la subsistencia y el trabajo; el derecho al trabajo; la inclusión laboral; oportunidades de trabajo futuro; oportunidades de aprendizaje permanente; trabajo decente; desarrollo de destrezas; trabajo por cuenta propia; trabajo remunerado; servicios financieros; protección social; entre otros.

Módulo 5: Componente social. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, que las personas con enfermedad mental y discapacidad tengan roles sociales y responsabilidades significativas en sus familias y comunidades, y sean tratados como miembros iguales de la sociedad.

Se trabajarían elementos como identidad, autoestima y calidad de vida; condición social y necesidades sociales; relaciones interpersonales; actividades culturales y artísticas; recreación, esparcimiento y deportes; relación familiar; comunidad y sociedad; roles sociales; igualdad y equidad de género; violencia en los distintos ámbitos; justicia y autoridades del gobierno local; barreras a eliminar para la participación social; entre otros.

Módulo 6: Creencias, mitos y discriminación sobre la enfermedad mental. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, distinguir las diferencias en relación con las

creencias, mitos y la realidad de la enfermedad mental, así como conocer los derechos básicos de un paciente con un problema de salud mental, identificar el momento adecuado para ingresar al paciente a un hospital, e incluso de manera involuntaria para prevenir riesgos mayores.

Se trabajarían elementos como la discriminación y estigmatización de la salud mental en los diferentes ámbitos; cómo combatir la discriminación y generar conciencia cívica sobre la discapacidad psicosocial; mitos y realidades comunes sobre la salud mental; justicia y derechos del pacientes; la asistencia de calidad; el ingreso a hospitalización; factores considerables en caso de internamiento psiquiátrico; el proceso de hospitalización y tratamiento; condiciones en las que el egreso del enfermo se llevará a cabo; el proceso después de la hospitalización; entre otros.

Módulo 7: El cuidado de la enfermedad mental, las recaídas y las situaciones de crisis. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, que el paciente reconozca los cuidados que debe tener como paciente con un problema de salud mental y que el familiar reconozca el papel de cuidador como tal, así como el manejo de su autocuidado. Además, conocer que es una recaída, el riesgo de sufrirla, la importancia de prevenirlas y de recibir apoyo en situación de crisis.

Se trabajarían elementos para que le paciente reconozca sus propias necesidades dentro del ámbito del autocuidado para una mejor expectativa de vida en el proceso de la enfermedad, en temas como autocuidado e higiene personal, alimentación, observaciones en consumo excesivo de refrescos, café y cigarros, diversión, ocupación y ejercicio, sexualidad, etc.; y que al mismo tiempo el familiar como cuidador se oriente en la construcción de estrategias del cuidado del paciente y sobre todo de su autocuidado relacionado con la salud física, emocional y espiritual. Por otro lado, que tanto los pacientes como los familiares logren identificar los

síntomas de alerta de una probable recaída; reconocer las posibles fuentes de apoyo y atención en situación de crisis, así como saber cómo afrontarlas y actuar en las mismas; identificar situaciones de alto riesgo en que la integridad del paciente se vea amenazada, así como factores de riesgo para la conducta suicida, conocer las señales de alerta, como actuar y enfrentar estas situaciones; entre otros.

Módulo 8: Rehabilitación integral y fortalecimiento. Éste módulo tendría como meta y objetivos principales, que el paciente y el familiar conozca la rehabilitación integral, su importancia y como se desarrolla dentro y fuera del proceso de hospitalización, a nivel individual, y con ayuda profesional para así enriquecer el proceso de recuperación y desarrollo general de los pacientes. Además de que las personas con enfermedad mental y discapacidad, así como sus familias, tomen sus propias decisiones y asuman responsabilidad al cambiar sus vidas y mejorar sus comunidades.

Se trabajarían elementos como qué es la rehabilitación; cómo se desarrolla de manera integral; los servicios de la rehabilitación integral; cómo se desarrolla la misma dentro y fuera del proceso de hospitalización; además qué es el fortalecimiento; la relación entre el fortalecimiento y la rehabilitación integral; fortalecimiento y motivación; autonomía; participación activa; toma de decisiones; beneficios y servicios de desarrollo en sus comunidades; grupos y organizaciones; redes de apoyo, alianzas y enlaces; entre otros.

Todos estos módulos tendrían sesiones bien organizadas, con objetivos bien definidos, así como un programa ya estipulado con la duración de las sesiones, momentos para brindar la información, resolver dudas, participación, discusión de las temáticas, actividades de aprendizaje

a realizar, las dinámicas, los materiales a utilizar, la información a presentar en las sesiones, entre otros elementos. Este grupo psicoeducativo es en principio una propuesta a implementarse con pacientes usuarios de la URI y sus familiares; pero este se podría extender a los pacientes de todas las áreas del hospital y otras de la institución, además de que sería óptimo poderlo implementar también a los profesionales de la salud, quienes brindan el tratamiento a los pacientes, esto para capacitarlos en este modelo de atención, fomentar la sensibilización y concientización de su trabajo, enriquecer sus conocimientos y habilidades profesionales, resolver dudas y escuchar diferentes opiniones, etc., todo esto para lograr el desarrollo óptimo de sus capacidades para brindar una atención y tratamiento adecuado, eficiente y de calidad a los pacientes.

En el **ANEXO 2** se presenta una carta descriptiva como ejemplo de una de las posibles sesiones del Grupo psicoeducativo basado en el modelo RBC (Tabla 6).

CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado en la prestación del servicio social dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del análisis de la información presentada en el soporte teórico metodológico, se ha desarrollado una propuesta de mejora, a partir de la cual se busca contribuir al trabajo que se hace dentro de la institución y particularmente dentro de la URI; con la finalidad de que se pueda enriquecer la atención dentro del área y el hospital en general, así como desarrollar una intervención que proporcione un tratamiento de mayor calidad para los pacientes usuarios de los servicios de la institución.

En el análisis realizado pude determinar que a nivel mundial la salud mental, a pesar de presentar aún muchas inconsistencias en diferentes ámbitos, es un área que ha ido evolucionando de manera drástica, y que ha mejorado la atención a la población en general y particularmente a los pacientes que padecen algún trastorno; a partir de la investigación que se realiza, la creación de nuevos paradigmas y diferentes modelos, métodos, técnicas y herramientas que han funcionado de manera positiva para mejorar el tratamiento en general de los pacientes, su rehabilitación, y su calidad de vida.

En lo que respecta a México, se entiende que es un país que en materia de salud mental, presenta todavía muchas carencias y debilidades respecto a su modelo de atención y tratamiento para los pacientes con problemáticas de salud mental; el cual está todavía muy centrado en la hospitalización psiquiátrica, que es un modelo que se encuentra obsoleto, de acuerdo a lo que se presenta a nivel mundial. La atención psiquiátrica de acuerdo al modelo hospitalario es de relevancia para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales, sin

embargo, es imprescindible desarrollar nuevos modelos en los cuales la atención primaria, ambulatoria y comunitaria sea prioridad. Es evidente que en principio se debe lograr la integración total de la salud mental al sistema general de salud; además de que el trabajo principal se debe realizar con la población en general, brindando los recursos necesarios a la promoción de la salud y prevención primaria; sin dejar de lado la importancia de la intervención en los tres niveles de atención, así como la prevención secundaria y terciaria, principalmente en la rehabilitación integral.

La OMS presenta lineamientos básicos en lo que respecta a la legislación y políticas de salud, así como de acuerdo a las metas, objetivos, enfoques y estrategias que mejoran el sistema de salud enfocado a la salud mental y que deben ser aplicados a nivel mundial en las instituciones para progresar en la evolución de la atención y tratamiento que se proporciona. Por su parte México presentó un Programa de Acción Específico, con diferentes propuestas para mejorar la atención psiquiátrica, que debería hacerse implementado en el sexenio pasado, y llevarse a cabo de la manera adecuada para lograr el cumplimiento real de las metas y objetivos que ahí se muestran, logrando mejorar la situación actual y el problema de base en salud mental, sin embargo, de acuerdo a las estadísticas presentadas y a mi experiencia personal dentro de la institución; éstas propuestas no se han llevado a cabo y no se han implementado las estrategias que propone el programa, por lo que considero que en ésta y otras instituciones públicas y privadas del país, debería dársele la importancia a estos programas y desarrollarlos de manera eficiente en las diferentes áreas para mejorar el servicio que se brinda a la comunidad.

Es de suma importancia tomar en cuenta la relevancia que tiene el conocimiento general de la salud mental para la población, así como llevar a cabo medidas que ayuden a la promoción de la misma, así como en lo que respecta a los tres niveles de prevención. No solo a nivel nacional, sino primero a nivel institucional. Para esto se pueden realizar campañas de promoción para la población en general, para la comunidad que participa dentro de la institución y principalmente, para los usuarios de la misma, con el fin de mejorar el conocimiento de la población en lo que respecta a este tema, erradicar la estigmatización de la salud mental y para generar conciencia, y que se haga uso de los servicios que ofrecen las instituciones del sector salud.

La población al tener conciencia de salud mental, puede identificar señales de alerta, acudir a un profesional que le oriente, sobre todo si se proporciona la ayuda en atención primaria; y obtener un tratamiento a partir de la una evaluación previa que facilite el proceso de recuperación del bienestar de la persona, e incluso prevenir el desarrollo o el agravamiento de un trastorno. Por otra parte, erradicar la estigmatización en relación a salud mental y la discriminación que viven las personas con un trastorno, que agrava el; se debe respetar y ejercer sus derechos dentro y fuera de las instituciones de salud mental para así lograr la inclusión de éstas personas a la comunidad. Se deben también amplificar las redes de apoyo de la institución, con organismos externos que puedan brindar soporte y enriquecimiento en los diferentes ámbitos, así como un trabajo multi e interdisciplinario que permita mejorar y hacer más fructífero el trabajo y la atención que proporciona la institución, y, lograr de esta manera, una integración de los servicios a fin de dar una atención integral y de calidad a los usuarios.

En lo que esto respecta al servicio social, como ya se mencionó en la propuesta, es pertinente y relevante en principio la evaluación y análisis del respectivo programa en la facultad y principalmente en la institución, específicamente en la URI; para así fortalecerlo y lograr la reestructuración y mejora de todas las actividades que se desarrollan en el. También es de vital importancia evaluar y analizar el papel que funge el psicólogo en la institución, y el papel que desempeñan los pasantes dentro de la URI; para mejorar las debilidades en el respectivo programa y brindar una atención e intervención de calidad a los pacientes, y al mismo tiempo brindar una experiencia satisfactoria y de grueso aprendizaje para los pasantes. Se debe tomar en cuenta el llevar a cabo un proceso de selección de los pasantes que se vayan a integrar a la institución en las diferentes áreas de la misma, para que de esta manera el pasante cubra con el perfil, aptitudes, conocimientos y habilidades necesarias para brindar la mejor atención posible y realizar un trabajo eficiente. Acto seguido, llevar a cabo una capacitación previa al inicio de la prestación del servicio social, para instruir en temas de salud mental, el modelo de atención, conocimientos y habilidades necesarias para fomentar la atención y rehabilitación de los usuarios en cualquiera de las instancias de la institución. Además brindar estrategias para afrontar y poder resolver las situaciones a las que se enfrentan los pasantes a diario, así como un espacio de contención emocional para los mismos.

Por otra parte, el trabajo dentro de la institución se debe realizar de acuerdo con los enfoques actualizados que presenta la OMS y el sistema nacional de salud, preparando a los profesionales que participan dentro de la institución, en lo que respecta a los nuevos modelos de salud mental; en relación al tratamiento, la sensibilización respecto a la salud mental y a los diferentes trastornos; así como la dinámica de atención y trato con los usuarios de la institución.

De esta forma, lograr un aprendizaje en los profesionales sanitarios que promueva el desarrollo de un trabajo integral y multidisciplinario para otorgar una mejor atención en los diferentes ámbitos para los usuarios de hospitalización permanente y ambulatoria, consulta externa, clínica familiar, entre otros. Esto a partir de la atención integral donde se trabajen y enriquezcan las áreas de salud, educación, trabajo, asistencia social y otras, con la finalidad de reducir las discapacidades, desarrollar las fortalezas, mejorar la calidad de vida, e integración de los pacientes a la sociedad, a partir de un modelo donde se priorice la integración de la salud mental a la atención primaria, la promoción y prevención de la salud mental, la rehabilitación integral y la atención comunitaria.

Se debe seguir un enfoque que implemente un modelo integral de atención comunitaria, en el que se tomen en cuenta las diferentes áreas importantes para los pacientes. Llevar a cabo la aplicación de una intervención de verdadera rehabilitación integral por medio del modelo de RBC, como el ejemplo anteriormente presentado, que sea pueda desarrollar en todas las áreas del hospital, principalmente en la URI, y que sea pertinente para los pacientes, además de que les sea de utilidad en su proceso de recuperación del bienestar, dentro y fuera del hospital; a nivel individual y grupal. Además de proporcionar atención y tratamiento también a familiares y/o cuidadores de los pacientes, para crear conciencia para la mejora de la calidad de vida del paciente.

La realización de mi servicio social dentro de esta institución, es en definitiva una experiencia que me cambió la vida, además de ser un parte aguas en mi formación y práctica profesional, pues me otorgó un panorama mucho más amplio acerca de la salud mental y una perspectiva diferente sobre la atención psiquiátrica y principalmente sobre la rehabilitación

integral. Comprendí que el aprendizaje es casi en su totalidad autodidacta, pues tuve que hacer uso de todos los conocimientos y habilidades que había adquirido en mi formación académica profesional superior, y tuve que prepararme y desarrollar nuevas destrezas y aptitudes que me fueran de utilidad dentro de mi trabajo en el hospital, para lograr brindar al paciente una atención e intervención de calidad. Hubo momentos muy difíciles para mí, pues tuve complicaciones en relación al clima laboral dentro de la URI, así como en general con el personal del hospital; también hubo momentos en los que tuve que enfrentar situaciones muy complicadas con los pacientes, que resolví de acuerdo con mi criterio y preparación profesional, pero que son situaciones que logre superar de una manera adecuada y que me dieron seguridad respecto a mi trabajo como profesional de la salud en un ambiente hospitalario. Todo el desarrollo de las actividades fue muy enriquecedor para mí, pues al tener contacto con los pacientes diariamente, podía observar lo que había aprendido teóricamente pero ahora en un escenario real, además de adquirir capacidades nuevas respecto al manejo de los pacientes psiquiátricos y las diferentes actividades que realizaba, que me ayudaron a impulsarme en la práctica clínica y a confirmar mi deseo de desarrollarme profesionalmente en el ámbito de la Psicología clínica y de la salud.

Esta experiencia también me permitió desarrollar el presente trabajo, en el cual analice el mismo de manera detallada y en base al soporte teórico metodológico, tuve la oportunidad de desarrollar una propuesta de mejora en el nivel del programa de servicio social, en el área de la URI, y en general para la institución. Con todo este trabajo realizado me doy cuenta también de la situación actual de mi país en lo que respecta a salud mental, su modelo de atención actual, sus fortalezas y debilidades; así como todas las áreas de oportunidad de mejora que tiene dentro del sistema de salud mental en general y particularmente en esta institución. Por esto quiero

remarcar que el conocimiento, la información, los instrumentos, estrategias, programas, modelos, etc., son necesarios, pero no suficientes. Se debe analizar, evaluar y reestructurar el paradigma de atención de la salud que se tiene, tomar las evidencias que se encuentran en las diferentes investigaciones nacionales e internacionales, y desarrollar una actuación en relación a eso; para de esta forma obtener un paradigma actualizado y reforzado, en el que se desarrollen nuevos modelos de atención que reconozcan la integración de la salud mental como prioridad al sistema general de salud y no la fragmentación innecesaria de la misma. Así mismo lograr el fortalecimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad, trastornos mentales y/o problemáticas de salud mental; así como un liderazgo positivo, mejores alianzas en las redes de todo el sistema sanitario, y el compromiso de aportar recursos de todos los tipos, por parte del gobierno de nuestro país; así como en el trabajo interno de las instituciones, respecto a los modelos de intervención y tratamiento, la capacitación de los profesionales de la salud y la aplicación de una atención eficiente, que sea costo-efectiva, integral y de calidad en todos los niveles de atención sanitaria, basada en la atención comunitaria y en los modelos de la misma, que proponen las organizaciones más importantes a nivel mundial. Que se logre otorgar la promoción de la salud mental de manera óptima y la prevención eficaz y eficiente de la misma en todos sus niveles; para mejorar la salud integral de la población en general; la conciencia y desestigmatización de la salud mental; la reducción de los impactos negativos en las estadísticas epidemiológicas referentes a la enfermedad mental; reducir la discriminación y lograr la rehabilitación integral, integración e inclusión de las personas con algún trastorno o discapacidad a la comunidad, así como mejorar sus oportunidades en todos los ámbitos, su estado de completo bienestar biopsicosocial, así como su calidad de vida en general.

REFERENCIAS

- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 13(2), pp. 109-120.
- Becerra-Partida, O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18(2), pp. 238-253.
- Berenzon S., Saavedra N., Medina-Mora M., et al. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), pp. 252–258.
- Campo-Arias, A. & Cassiani-Miranda, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: Prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), pp. 598-613.
- Carney, C. (2017). *Enfermedades mentales y sociedad*. New Jersey, USA.: Manuales MSD, Merck and Co., Inc. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/enfermedades-mentales-y-sociedad>
- Carney, C. (2017). *Introducción a la salud mental y a la atención de la salud mental*. New Jersey, USA.: Manuales MSD, Merck and Co., Inc. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-a-la-salud-mental-y-a-la-atenci%C3%B3n-de-la-salud-mental>

Carney, C. (2017). *Tratamiento de las enfermedades mentales*. New Jersey, USA.: Manuales MSD, Merck and Co., Inc. Recuperado de

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>

Castañeda- González, C. (2017). *Mensaje de Bienvenida*. Ciudad de México, MEX.: *Secretaría de Atención Psiquiátrica SAP*, Secretaria de Salud. Recuperado de

<http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez.aspx>

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

(CCINSHAE) (2015). *Programa de Acción Específico. Atención Psiquiátrica. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud.

Recuperado de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

García G., Rodríguez M. & Benia W. (2008). Niveles y Estrategias de Prevención. *Temas de Salud Pública*, Tomo I, pp. 19-26.

Gavilán, M. (2015). De la salud mental a la salud integral. *Aportes de la Psicología Preventiva*.

Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A. pp. 67-78.

Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Bogotá, COL.: Ministerio de salud y protección social,

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2016). *Lineamientos Nacionales para la Implementación de RBC en Salud Mental*. Bogotá, COL.: Ministerio de salud y protección social, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP//lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2018). *Guías Clínicas*. Ciudad de México, MEX.: Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental. Recuperado de <http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas.php>
- Lobo, A. (2013). *Manual de Psiquiatría General. Tratamientos y prevención*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. pp. 581-691.
- Moreno, M. & Moriana J. (2016). Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), pp. 51-62.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Organización Mundial De La Salud (1993). *CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid, España: Meditor. pp. 25-46.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *El Programa de Acción para superar la brecha en Salud Mental (mhGAP)*. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud & Organización Mundial de Doctores Familiares (WONCA) (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Ginebra,

- CHE.: OMS. Recuperado de
https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C., USA.: Organización Panamericana de la Salud. pp. 1-6. Recuperado de
http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Guía de intervención (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS*. Santiago, CHL.: Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150398/9789241548410_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC*. Ginebra, CHE.: OMS. pp. 3-20. Recuperado de
<https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC. Folleto complementario*. Ginebra, CHE.: OMS. pp. 3-20. Recuperado de
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Complementario_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2013). *Mental Health Governance Data by Country*. Global Health Observatory Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2014). *Facilities Data by Country*. Global Health

Observatory Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHFAC?lang=es>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Mental Health Atlas*. Ginebra, CHE.: OMS.

Recuperado de

https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/

Organización Mundial de la Salud (2015). *Beds Data by Country*. Global Health Observatory

Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Human Resources Data by Country*. Global Health

Observatory Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017. La Salud*

Mental en el Lugar de Trabajo. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de

http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Mental Health*. Global Health Observatory Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de http://www.who.int/gho/mental_health/en/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Notas descriptivas: salud mental*. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/factsheets/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Suicide Data*. Mental Health. Global Health Observatory Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Psychiatrists and nurses (per 100 000 population)*. Global Health Observatory Data Repository. Ginebra, CHE.: OMS. Recuperado de http://www.who.int/gho/mental_health/human_resources/psychiatrists_nurses/en/
- Ornelas, A. & Ruiz, A. (2016). Problemas de salud mental: Asimetría entre las necesidades y los servicios brindados a la población general. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), pp. 63-73.
- Oroño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Ciudad de México, México: Editorial Médica Panamericana, S.A. pp. 13-71, 559-577 y 604-607.
- Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., et. al., (2011). *Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. Ciudad de México, MEX.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_psicoeducativa.pdf

- Rivadeneira, C., Dahab, J. & Minici, A. (2013). *Reestructuración cognitiva*. Buenos Aires, ARG.: Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento (CETECIC). Recuperado de <http://www.cognitivoconductual.org/tecnicas/reestructuracion-cognitiva/>
- Rodríguez J., Kohn R. & Aguilar-Gaxiola S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., USA.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf?sequence=1>
- Román, N. & Zapata, J. (2012). *Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses*. Santiago, CHL.: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/704/ttraso%20371.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, A., Álvarez, M., Begué, H., et.al. (2009). *La psicología clínica en el sistema valenciano de salud. Atención y funciones del especialista*. Valencia, ESP.: AEPCP y AEN-PV. Recuperado de <http://www.aepcp.net/arc/AEPCP-FunPsicClin.pdf>
- Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ubicación y Contacto*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/conoce-el-hospital/ubicaci%C3%B3n-y-contacto.aspx>
- Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Misión y Visión*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de

<http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/conoce-el-hospital/misi%C3%B3n-y-visi%C3%B3n.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Consulta Externa*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/consulta-externa.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospitalización*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/hospitalizaci%C3%B3n.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospital Parcial*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/hospital-parcial.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Urgencias*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/urgencias.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, Unidad de Psicogeriatría. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud.

Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/unidad-de-psicogeriatría%3%ADa.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, Clínica de intervención Temprana en psicosis CITEP. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de

[http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-intervenci%C3%B3n-temprana-en-psic%C3%B3sis-\(citep\).aspx](http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-intervenci%C3%B3n-temprana-en-psic%C3%B3sis-(citep).aspx)

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, Clínica de Adherencia Terapéutica CAT. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de [http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-adherencia-terap%C3%A9utica-\(cat\).aspx](http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-adherencia-terap%C3%A9utica-(cat).aspx)

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, Clínica de Intervención Familiar CLIFAM. Ciudad de México, MEX.:

Secretaria de Salud. Recuperado de

<http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino->

%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-intervenci%C3%B3n-familiar-
(clifam).aspx

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, *Clínica de Patología Dual CLINPAD*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de [http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-patolog%C3%ADa-dual-\(clinpad\).aspx](http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/cl%C3%ADnica-de-patolog%C3%ADa-dual-(clinpad).aspx)

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, *Unidad de Rehabilitación Integral URI*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/rehabilitaci%C3%B3n.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, *Psiquiatría comunitaria*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/servicios/psiquiatr%C3%ADa-comunitaria.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, *Capacitación Continua*. Ciudad de México, MEX.: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/programas-y-capacitaci%C3%B3n/capacitaci%C3%B3n-continua.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, Programa de Residencia Médica en Psiquiatría. Ciudad de México, MEX.:

Secretaria de Salud. Recuperado de

<http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/programas-y-capacitaci%C3%B3n/programa-de-residencia-m%C3%A9dica-en-psiquiatr%C3%ADa.aspx>

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital psiquiátrico Fray Bernardino*

Álvarez, Prácticas Profesionales y Servicio Social. Ciudad de México, MEX.: Secretaria

de Salud. Recuperado de [http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-](http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/programas-y-capacitaci%C3%B3n/pr%C3%A1cticas-profesionales-y-servicio-social.aspx)

[d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-](http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/programas-y-capacitaci%C3%B3n/pr%C3%A1cticas-profesionales-y-servicio-social.aspx)

[%C3%A1lvarez/programas-y-capacitaci%C3%B3n/pr%C3%A1cticas-profesionales-y-servicio-social.aspx](http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez/programas-y-capacitaci%C3%B3n/pr%C3%A1cticas-profesionales-y-servicio-social.aspx)

Tortella-Feliu, M., Baños, R., Barrantes, N., et.al. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), pp. 37-43.

Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDMSM) (2016). *Guía docente de rotación.*

Rehabilitación Psiquiátrica. Madrid, ESP.: Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y

Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre. Recuperado de

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&bl](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)

[obheadername1=Content-](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)

[disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dgu%C3%ADa](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)

[ot+eir-](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)

[rehabilitaci%C3%B3n+2016.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospi](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)

tal12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352904191565&ssbin
ary=true

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L. 7ª edición, pp. 28-32.

Vargas, B. & Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), pp. 3-9.

ANEXO 1

Tabla 5

Ejemplo de carta descriptiva del grupo psicoeducativo. Tema: hábitos de salud.

Programa de la URI	Grupo psicoeducativo
Objetivo del programa	Brindar información al paciente que le sea útil dentro y fuera del hospital, principalmente a lo largo de su proceso de rehabilitación; mediante el conocimiento de los temas, y las dinámicas que se realizan a lo largo de los mismos. Desarrollar habilidades y capacidades del paciente; que este participe y exponga sus comentarios y opiniones; así como resolver sus dudas. Cambiar la concepción del paciente respecto a diferentes temas de estigmatización, así como respecto a la enfermedad y al tratamiento psiquiátrico; además de reforzar hábitos diarios que sean beneficiantes, esto ayudando al proceso de rehabilitación de todos los pacientes. Se promueven valores como el respeto, la tolerancia, paciencia, comunicación, etc.
Tiempo total del programa	84 sesiones, cada una de una hora aproximadamente (En total 84 horas)
Tema	Hábitos de salud
Objetivo del tema	Brindar al paciente información acerca de higiene personal, por medio de hábitos diarios como el baño, lavado de manos, lavado de dientes, limpieza de la ropa, cuidado del cabello; además del ejercicio físico y la alimentación. Esto con el fin de reforzar en el pacientes hábitos diarios que fueran positivos y les otorgaran beneficios de higiene y aliño; así como salud integral en su vida diaria tanto dentro como fuera del hospital.
Tiempo parcial del tema	14 sesiones, cada una de una hora aproximadamente (En total 14 horas)

Actividades	Participantes	Técnica de Instrucción	Material Didáctico	Tiempo Parcial
	Pasante de Psicología	Paciente		
Dinámica de relajación	Expositor: Da las instrucciones y realiza el ejercicio a modo de ejemplo	Escucha las instrucciones y realiza el ejercicio	Respiración diafragmática Ejercicios de estiramiento Tensión y distensión muscular	5 minutos
Exposición del tema	Expositor: Expone el tema; escucha y retroalimenta comentarios de los pacientes; y resuelve dudas. Manejo y control de grupo.	Escucha la información; realiza comentarios y preguntas voluntariamente.	Expositiva/Interrogativa Retroalimentación	Rotafolios con información del tema Pizarrón de gises
	Equipo de trabajo: Atender las necesidades de los pacientes; recibir a las visitas de los			45 minutos

pacientes y entregarlos.
Apoyar al expositor con el orden y control del grupo, así como con la información otorgada.

Dinámica de cierre	Expositor: Realiza una dinámica que refuerce el aprendizaje; retroalimenta los comentarios y resuelve dudas.	Participa en la actividad, realiza comentarios y preguntas voluntariamente.	Dinámica de reforzamiento de los conocimientos y/o de reflexión.	Pizarrón de gises	10 minutos
	<p>Equipo de trabajo:</p> <p>Apoyar al expositor con el orden y control del grupo; así como con la información otorgada, participa en la actividad.</p>				

Nota: En la presente tabla se muestra un ejemplo de Carta descriptiva de uno de los temas del grupo psicoeducativo. Se describen las actividades realizadas dentro de las sesiones de los temas, el tema, las sesiones, los participantes, los materiales y los tiempos de cada sesión.

ANEXO 2

Tabla 6

Ejemplo de carta descriptiva del grupo psicoeducativo basado en el modelo de RBC

Programa de la	Grupo psicoeducativo basado en el modelo de RBC
URI	
Objetivo del programa	Brindar información y educar a los pacientes usuarios del servicio, y crear un trabajo en conjunto con los familiares de los mismos y el equipo de profesionales de la salud. Busca brindar información, distintas estrategias y herramientas que se puedan implementar, reforzar el conocimiento, resolver dudas, solucionar problemáticas, brindar sugerencias, fomentar la expresión y comunicación asertiva, con la finalidad de otorgar una mejor calidad de atención y rehabilitación para los pacientes dentro y fuera del hospital, que además apoye a la integración de las familias y el paciente al tratamiento, con objeto de sembrar la semilla de la rehabilitación integral comunitaria.
Tiempo total del programa	Dos sesiones cortas de 40 minutos aprox. Ocho módulos, cada sesión de 90 minutos aprox. (En total 13 horas aprox.)
Módulo	1. Componente de salud mental
Objetivo del módulo	Que las personas con enfermedad mental y discapacidad logren su grado máximo de salud posible. Trabajar cerca del sector salud y por medio de este modelo de atención lograr que los pacientes y sus familiares tengan más conocimientos acerca de su salud y participen activamente para alcanzar la buena salud; que se acerquen y tengan atención de la salud y servicios de rehabilitación, así como, mantenerse activos participantes en la vida familiar y comunitaria.
Tiempo parcial del módulo	1 sesión, de 90 minutos aprox.

Actividades	Participantes	Técnica de Instrucción	Material Didáctico	Tiempo Parcial
	Profesionales de la salud	Pacientes y familiares		
Dinámica de bienvenida	Saludar y preguntar: Hola, ¿Cómo se sienten al iniciar el grupo psicoeducativo? ¿Qué esperan del grupo psicoeducativo?	Se saludan y expresan brevemente como sus sentimientos y expectativas acerca del grupo psicoeducativo, de manera ordenada y por turnos.	Dialogo entre los miembros	10 min.
Dinámica de concepto	Preguntar: ¿Qué creen ustedes que es salud mental? Anotar las respuestas en el pizarrón.	Responden la pregunta y expresan sus ideas, de manera organizada y por turnos.	Lluvia de ideas	Pizarrón y gises 5 min.

Exposición del tema	Exponer el tema; explicar el concepto de salud mental, explicar el proceso de salud enfermedad, explicar el concepto de enfermedad mental y discapacidad.	Escuchan la información y toma notas si lo requiere.	Expositiva	Diapositivas, computadora y proyector	15 min.
Dinámica de resolución de dudas	Preguntar: ¿Alguien tiene una duda o comentario al respecto? Responder las dudas para dejar más claro el concepto, escuchar y retroalimentar comentarios. Manejo y control del grupo.	Preguntan sus dudas. Participan realizando comentarios y voluntariamente.	Interrogativa	Retroalimentación	5 min.

Exposición del tema	Explicar el esquema de la tridimensión de la enfermedad mental, explicar los determinantes de la salud mental. Explicar las áreas de la RBC en salud: promoción, prevención, atención médica, rehabilitación, y asistencia personal.	Escuchan la información y toma notas si lo requiere.	Expositiva	Diapositivas, computadora y proyector	20 min.
Exposición del tema	Se explica el concepto de salud inclusiva, se explican los derechos de salud que todos tenemos, se mencionan y describen los servicios de salud que me encuentran en la comunidad.	Escuchan la información y toma notas si lo requiere.	Expositiva	Diapositivas, computadora y proyector	15 min.

Dinámica de discusión	Dar las instrucciones y fungir como moderador.	Escuchan a sus compañeros y discuten el tema, realizando un análisis de la última parte del mismo, para participar activamente.	Discusión dirigida		10 min.
-----------------------	--	---	--------------------	--	---------

Dinámica de cierre	Dar las instrucciones y realizar la dinámica; retroalimentar los comentarios y resolver dudas. Hacer resumen y despedida.	Escuchan a sus compañeros y participan realizando comentarios y resolviendo sus dudas.	Dinámica de reforzamiento de los conocimientos y/o de reflexión.	Pizarrón y gises	10 min.
--------------------	---	--	--	------------------	---------

Nota: En la presente tabla se muestra un ejemplo de Carta descriptiva de uno de los módulos del grupo psicoeducativo basado en el modelo de RBC. Se menciona los objetivos; se mencionan y describen las actividades realizadas dentro de la respectiva sesión, los participantes y su papel a desempeñar, los materiales y los tiempos de cada actividad en la sesión.