



SEP
SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN
PÚBLICA



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

LA FUNCIÓN DEL PEDAGOGO EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

TESINA

(INFORME DE SERVICIO SOCIAL)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

DAVID LÓPEZ MARTÍNEZ

ASESOR:

MTRO. HÉCTOR REYES LARA

CIUDAD DE MÉXICO, MAYO, 2019

AGRADECIMIENTOS

Desde mi primer recuerdo, ahí estas tú, siempre cuidándome, siempre amándome. No tengo duda, de que éste logro te hará feliz y gran parte de él es tu logro también. Nunca habrá manera de devolverte todo lo que me has brindado.

Mi más sincera gratitud, amada madre.

El apoyo, amor y confianza que has depositado en mí es muestra del gran ser humano que eres, soy afortunado por tenerte como compañía en este viaje. Que sea este uno de muchos objetivos que nos hemos planteado cumplir.

Con amor, esposa mía.

Desde que llegaste has cambiado mi vida por completo, nunca antes había sentido un amor tan grande como el que siento y sentiré por ti.

Hijo: para ti es este logro principalmente, no será el único. Tendrás de mí, el mejor ejemplo a seguir.

Quienes estamos involucrados en el ámbito educativo, sabemos lo importante y trascendental que es el contar con maestros que, además de brindarnos los saberes necesarios, desarrollen y potencialicen las habilidades que en sus alumnos encuentran. No encuentro labor más noble a esa.

Aunque todos los maestros que han sido parte de mi formación merecen este reconocimiento, agradezco en especial al Maestro Héctor Reyes Lara, por tomarse el tiempo de ser mi asesor, con todo lo que ello implica.

Familia, amigos y personas especiales en mi vida, no podría sentirme más contento de contar con ustedes: ¿qué sería de la vida si no tienes con quién compartir la felicidad?

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	I
INTRODUCCIÓN.....	VI
1. HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ.....	1
1.1 La elección.....	1
1.2 Panorama general del hospital.....	2
1.3 Historia del Hospital psiquiátrico Fray Bernandino Álvarez.....	2
1.3.1 Etapa Premoderna.....	3
1.3.2 El manicomio general de la Castañeda.....	3
1.3.3 Período Postrevolucionario.....	4
1.3.4 Orígenes del Hospital Fray Bernandino Álvarez.....	5
1.3.5 El nuevo Hospital Fray Bernandino Álvarez.....	6
1.3.6 Modernización del Hospital.....	8
1.4 Instalaciones.....	9
1.5 Servicios que ofrece el Hospital Fray Bernandino Álvarez.....	10
1.6 Contexto durante la prestación de servicio.....	12
2. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.....	14
2.1 La entrevista.....	14
2.2 Psiquiatría comunitaria.....	15
2.3 Antecedentes de la psiquiatría comunitaria.....	16

2.4 La psiquiatría comunitaria en el Hospital “Fray Bernardino Álvarez”....	17
2.4.1 Objetivo general del programa.....	23
2.4.2 Funciones específicas del servicio de psiquiatría comunitaria.....	24
2.4.3 Metodología y actividades del programa de psiquiatría comunitaria....	25
3. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.....	29
1. Talleres psicoeducativos.....	30
1.1 Encuadre del taller.....	32
1.2 Multifactorialidad y conformidad de las familias (familias actuales)..	34
1.3 Adolescencia.....	34
1.4 TDAH.....	36
1.5 Bullying.....	42
1.6 Consumo de sustancias psicoactivas.....	47
1.7 Depresión y suicidio.....	50
1.8 Autoestima.....	55
1.9 Trastornos alimenticios.....	59
1.10 Retos del presente y futuro de la adolescencia hacia un camino integrado.....	60
2. Semana de cursos para profesionales de la educación.....	62

4. REFLEXIONES CRÍTICAS.....	65
PROPUESTAS.....	82
CONCLUSIONES.....	86
ANEXOS.....	88
REFERENCIAS.....	90

INTRODUCCIÓN

El presente informe describe las actividades realizadas durante el período que abarcó la prestación de servicio social en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Por sus características, la presente investigación es de tipo cualitativa, partiendo de considerar a los sujetos como sujetos reflexivos, que pueden ser observados al momento de tomar decisiones y además tienen la capacidad de reflexionar sobre esas decisiones. La investigación da prioridad a la comprensión y al sentido. El texto que se ofrece busca dar respuesta a la principal pregunta de investigación: ¿Qué función tiene un Pedagogo en un Hospital Psiquiátrico?

Para cualquier profesión, la adquisición de conocimientos mediante la investigación, permite desarrollar una herramienta de conocimiento para orientar la formulación de propuestas de intervención con relación a la población con que se trabaja, con miras a alcanzar un nivel superior de bienestar. Esta investigación, por lo tanto, surge para tener antecedentes sobre la relación entre la Pedagogía y la Psiquiatría en la praxis.

Dada la naturaleza del método cualitativo, el diseño metodológico tuvo como base el saber qué se iba a investigar (objetivos), cómo debe procederse (la estrategia, sugerida en el texto para la entrega de anteproyecto de titulación) y qué técnicas se van a utilizar (para la recolección de información).

Como texto eje, se consultó principalmente la *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*, Guía didáctica de Carlos Arturo Monje Álvarez, quien describe los fundamentos y el proceso de identificación científica en las ciencias sociales, convirtiéndose en una guía para la planeación y ejecución de esta investigación.

Para la recolección de la información que se presenta, se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos, combinándolas en varios momentos para su complementación. Como toda investigación, requirió de una búsqueda de información para su interpretación y apropiación.

Entre las principales se ocupó:

- Observación. De manera directa y entera en los momentos en que las situaciones se llevaron a cabo. Debido a que este trabajo es de índole cualitativo, la observación se convirtió en el principal instrumento en la recolección de datos. Por la intencionalidad de las observaciones realizadas, se utilizó su uso combinado: la observación plena, en las ocasiones en donde el observador participó de manera directa en las actividades (en la impartición de talleres) y de la observación periférica, cuando la observación fue de manera pasiva (durante las entrevistas clínicas).
- Para el registro de lo que se observó, se trabajó con una bitácora en donde se plasmaron los acontecimientos e incidencias más importantes durante las actividades que se trabajaron durante la prestación de servicio social.
- Para la elaboración del primer capítulo se ocupó la entrevista no estructurada, debido a que no se encontró ningún libro que relatara la historia del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Ante la necesidad de documentar esa parte, se tuvo acercamientos con el encargado de la biblioteca del hospital, quien facilitó algunos datos que él conocía y además proporcionó algunos textos breves de su propiedad que apoyó la realización del cometido.

La obtención de información se realizó de manera directa, por lo tanto, el relato testimonial como señala Vich & Zavala, permite acceder a lo más característico del

ser humano: la posibilidad de narrar lo vivido y al mismo tiempo, la imposibilidad de narrarlo todo. Entre este “decir posible” y el “imposible decir”, aparece la intención subyacente de quien testimonia, de presentarse ante un otro que participa del proceso mismo de construcción del relato.

El primer capítulo parte de justificar el por qué se tomó la elección del servicio social relatado durante el presente trabajo. Las actividades realizadas se llevaron a cabo en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por ello, el capítulo brinda un panorama general del mismo, partiendo de su historia que abarca desde la etapa pre-moderna, pasando por la etapa de La Castañeda, originando el nuevo hospital y su más reciente modernización.

Se describen sus instalaciones y los servicios que brinda a la comunidad. Se describe, además, el contexto social en el período de prestación de servicio, período que abarcó del 3 de abril al 3 de octubre del 2017.

El segundo capítulo relata la entrevista que se tuvo y que culminó en la elección del servicio de psiquiatría comunitaria. Menciona en qué consiste su enfoque y sus antecedentes, primero en un plan internacional y después en el contexto nacional, en específico, al Hospital donde se realizaron las actividades. Narra la implementación del servicio en el hospital, así como los objetivos que oferta, su metodología y sus actividades que marca el programa en el cual se basa su operatividad.

En el tercer capítulo se describe cómo es que está conformado el equipo de psiquiatría comunitaria con el que se trabajó a lo largo de la prestación de servicio. En el primer apartado, se da a conocer qué es un taller psicoeducativo y se especifican las características del taller que se impartió. Se narran las actividades y las dinámicas que se implementaron en las diez temáticas abordadas, así como las situaciones que se presentaron y que considero, impulsaron a la reflexión durante el taller. En el último apartado se describe la experiencia durante el curso para profesionales de la educación que se realizó en el Hospital.

El capítulo cuarto está dedicado a mencionar las reflexiones críticas resultado de las actividades realizadas durante la prestación del servicio. Principalmente, se realizó un análisis a la implementación de las habilidades socioemocionales marcadas en el modelo educativo vigente durante la prestación de servicio, ya que los contenidos desglosados en el documento *Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas de estudio para la educación básica* se apegan a los contenidos trabajados en el taller psicoeducativo brindado a la comunidad estudiantil con la que se trabajó.

Finalmente, se presenta un aporte en propuestas para el servicio, las conclusiones originadas tras la culminación de la prestación y las referencias bibliográficas.

Que este trabajo sirva para despertar en quien lo lea la curiosidad por la relación entre la Pedagogía y la Psiquiatría. Y que, por las características del mismo, “la importancia del relato no se centre en lo que “dice”, sino lo que “da a pensar” en un acto de genuina donación de sentidos. Un pensar que por momentos invita a abandonar la literalidad de lo dicho y por momentos, convoca a volver sobre los relatos para quedarse con las voces y las imágenes que figuran al testimonio” (Percia,2011).

CAPÍTULO 1

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ

Mi madre me envió a psiquiatras desde la edad de cuatro años, porque no creía que los niños pequeños deben estar tristes. Cuando nació mi hermano, me quedé mirando por la ventana durante días ¿se imaginan eso?

-Andy Koufman

1.1 LA ELECCIÓN.

La elección de un tema a desarrollar para poder obtener un grado no es casualidad. A lo largo de la formación que recibe cada estudiante, son sus gustos, sus intereses e inquietudes los que lo direccionan hacia algún tema específico.

La pedagogía social es, por sus características, un campo capaz de abarcar un amplio panorama de ámbitos a abordar. Debido a esto, después de haber revisado la variedad de servicios sociales en los cuales como pedagogos podemos incursionar, se eligió el programa que lleva como nombre “Intervención del pedagogo en el hospital psiquiátrico”, cuyo objetivo principal es trabajar con la población externa a través de la promoción y fomento a la salud mental.

Como cualquier trámite, hay un protocolo de pasos a seguir para poder, primero, registrar el programa elegido y segundo, empezar a realizarlo. Aunque no obligatorio, se recomienda acudir a una entrevista a la institución donde se pretende prestar servicio con la intención de conocer si hay vacantes disponibles y para obtener de primera fuente características específicas del programa, más adelante, se relatará con mayor detalle el proceso que se debe realizar.

Para la obtención de los antecedentes históricos del Hospital, ante la carencia de bibliografía al respecto, se realizó entrevistas directas al Lic. en Pedagogía Selso Alonso Chávez, encargado de la biblioteca Dr. Claudio García Barriga desde el 2006, situada en las instalaciones del Hospital Fray Bernardino Álvarez, convirtiéndose así, en fuente primaria para el registro de la siguiente información:

1.2 PANORAMA GENERAL DEL HOSPITAL

El servicio social se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Este hospital depende administrativamente de los servicios de atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal. Se encuentra ubicado en San Buenaventura #2 Esquina con Niño de Jesús Col. Tlalpan, Delegación Tlalpan, C.P 01400 Ciudad de México, México.

Como cualquier institución, el hospital se plantea una serie de objetivos a cumplir. Su misión como institución enfocándose en el presente y la visión como guía o motivación para poder seguir realizando los trabajos habituales.

Como misión, el hospital se plantea contribuir a la reducción de la brecha de atención psiquiátrica mediante la prestación de servicios integrales especializados, con enfoque comunitario, de calidad y con pleno respeto a los derechos humanos de los pacientes; así como fortalecer la formación de recursos humanos de excelencia y favorecer el desarrollo de investigación en psiquiatría. Y como visión pretende ser referente nacional para el año 2018 en materia de prestación de servicios psiquiátricos con respeto a los derechos humanos y en la formación de recursos humanos especializados en psiquiatría y paidopsiquiatría.

1.3 HISTORIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ

La tradición de la psiquiatría en México se remonta varios siglos atrás; sin embargo, y para fines de este trabajo, bastará describir la evolución de esta disciplina a partir de la etapa pre científica que abarca desde el establecimiento

del Hospital de San Hipólito hasta la fundación del Manicomio General; la etapa de la Castañeda, que está delimitada por la duración de esta institución, y la etapa moderna que va desde el inicio de la Operación Castañeda hasta nuestros días.

1.3.1. ETAPA PRE MODERNA.

En 1566, se funda la primera Institución en América Latina consagrada exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales: El Hospital de San Hipólito, fundado por Fray Bernardino Álvarez Herrera.

La labor de Fray Bernardino no se limitó únicamente al establecimiento de este hospital, sino que también fundó en 1568 el hospital de Santa Cruz para enfermos mentales, ubicado en Oaxtepec. Con la fundación de otros hospitales estableció una cobertura hospitalaria que iba desde la Habana Cuba, hasta el puerto de Acapulco, pasando por San Roque, Puebla, La Concepción en Jalapa, el de Belén, además de los de Guadalajara y San Juan de Ulúa.

Al momento de ser suprimidas las órdenes hospitalarias por decreto de las Cortes Españolas, en el año de 1821, estos hospitales pasan a manos del Ayuntamiento, aunque la atención siguió a manos de los religiosos exclaustros hasta el año de 1843, en que quedan bajo control del gobierno independiente. Con grandes dificultades sobrevivieron estas instituciones durante las guerras del siglo pasado, hasta 1877 en que se creó la Dirección de Beneficencia Pública, órgano que se hizo cargo de ellas.

1.3.2 EL MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA

Con el inicio del siglo, bajo el gobierno de Porfirio Díaz y para festejar el centenario del inicio de nuestra independencia se realiza la creación de una nueva institución hospitalaria: Se construye el Manicomio General de la Castañeda, en el espacio en donde anteriormente era una Hacienda pulquera y actualmente están

construidas las torres de Mixcoac, en la Delegación Venustiano Carranza, Ciudad de México.

Se inauguró el primero de septiembre de 1910, a 334 años de la fundación del hospital de San Hipólito y a 210 del hospital de la Canoa. El proyecto fue realizado muy eficientemente resultando un edificio con gran belleza arquitectónica y altamente funcional de acuerdo de asilos aún en boga.

Este manicomio fue diseñado para atender a 1,000 enfermos como máximo, pero, por la falta de otros centros de atención llegó a albergar a cerca de 3,500, ya que siempre cumplió su función asistencial y nunca rechazaría a un enfermo, sin embargo, el tiempo y la falta de mantenimiento y cuidado lo convirtieron en algo obsoleto e incluso siniestro.

1.3.3 PERÍODO POSTREVOLUCIONARIO.

Al superarse el concepto de asilo y surgir nuevas terapias se inicia la búsqueda de opciones para atacar la problemática que la Castañeda significaba. Durante 1944, se abre la Granja de recuperación para enfermos mentales de León, Guanajuato. Entre 1960 y 1964, el éxito que representó la Granja de León origina el establecimiento de seis hospitales-granjas nuevos en diferentes regiones del país.

El Dr. Velázquez Suárez, al frente de la dirección de Salud Mental, promovió la creación de hospitales y hospitales-granja basados en este modelo probado con éxito. Sin embargo, los hospitales granja pronto mostraron sus limitaciones, su diseño resultó limitado para atender en forma digna y funcional a los pacientes, además, en el país no se disponía del personal adecuado y gran parte del personal de La Castañeda se reubicó en ellos. Finalmente, el aislamiento geográfico e institucional obstaculizó su funcionamiento.

1.3.4 ORÍGENES DEL HOSPITAL FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ.

La reforma del sistema de atención psiquiátrica era indispensable y debía ser realizado a fondo, por lo que en 1965 las autoridades federales proponen el desmantelamiento de La Castañeda, institución que, debido a su diseño de asilo de principios de siglo, con un enfoque asistencial, impedían el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico. La sustitución de casi 3,000 camas en instalaciones modernas, acordes con los desarrollos científicos generados en el desarrollo tecnológico de este siglo anunciaban una labor gigantesca para las instituciones asignadas.

Hacia 1966, la cobertura para la atención psiquiátrica era reducida y su proyección como especialidad científica era muy limitada, a pesar de que ya se habían abierto siete hospitales-granja. La existencia de 400 médicos que ejercían la psiquiatría de los cuales más de la mitad la ejercían en forma privada entre un total de 30,000 médicos era apenas significativa en un país con 40 millones de habitantes, por otra parte, el personal paramédico especializado era casi inexistente con dos enfermeras psiquiátricas en todo el país. Y la mayoría del personal especializado había sido capacitado en el extranjero.

Para solventar esta situación se implementó la operación Castañeda, que tenía como objetivo primordial modernizar la atención psiquiátrica para la región del país que incluía al D.F. y sus alrededores. Asimismo, la experiencia y la técnica acumuladas en su realización deberían servir como guía para la creación de una red nacional de centros de atención psiquiátrica.

Se visualizó que un hospital no sería suficiente, que era indispensable establecer un circuito en que cada una de las unidades tendría una función y una localización específicas. El proyecto arquitectónico fue encomendado a la Comisión Constructora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mientras que el diseño funcional fue encargado a un grupo de especialistas de la salud, entre ellos los

doctores Guillermo Calderón Narváez, entonces director de Salud Mental, Mario Fuentes Delgado, Agustín Caso Muñoz y Javier García Diego Madrid.

La propuesta óptima del grupo de evaluación incluía las siguientes instalaciones, los hospitales que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda fueron:

-El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con 600 camas, para enfermos mentales agudos.

- El Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro con 200 camas.

-El Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tláhuac con 519 camas.

-El Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto con 524 camas.

La operación, como pocas veces ha pasado en México, tuvo una continuidad funcionando durante 28 años, terminándose en mayo de 1984.

1.3.5 EL NUEVO HOSPITAL FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ

Este hospital se planeó como el centro neurálgico del sistema de atención para la salud mental, ya que serían el tamiz por el que se canalizarían los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada persona.

Con un cupo original para 600 enfermos, en edificio de diseño original de 10 pisos de altura. El hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 y su operación arrancó el 22 de junio del mismo año con el traslado de varios pacientes del Manicomio General de La Castañeda, quedando como director el Dr. Mario Fuentes Delgado y como subdirector Médico el Dr. García Diego Madrid.

El objetivo de esta institución, generado bajo el enfoque de la psiquiatría moderna es el brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de

15 años, que no esté bajo la protección de ningún otro sistema de salud, dando especial atención a la población de bajos recursos.

Al hospital se le asignaron como funciones básicas:

- a) La prevención de las enfermedades mentales
- b) El diagnóstico y tratamiento de las mismas
- c) La rehabilitación de los pacientes que padecen enfermedad mental
- d) La enseñanza
- e) La investigación.

A finales de la década de los sesenta y durante los años setentas el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez vivió una de sus mejores épocas. En primer lugar, por ser un hospital nuevo y con todos los recursos, donde la atención al paciente psiquiátrico era adecuada y eficiente; y la enseñanza tenía como representativos al propio curso de Residencia del Hospital con profesores calificados y en el campo clínico cada uno de los servicios en los diferentes pisos con médicos capaces y dispuestos a enseñar y transmitir al estudiante sus experiencias y sus conocimientos.

En el aspecto clínico cada uno de los pisos con su personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, y de intendencia cumplía la tarea de atender al paciente, a la vez que, en algunos pisos como el segundo y el sexto se realizaban estudios clínicos con nuevos psicofármacos.

El servicio de Terapia Ocupacional, que ocupaba el ala izquierda de la planta baja, tenía desde entonces taller de costura, carpintería, pirograbado y manufactura en bastidor de tapetes de lana.

Desafortunadamente, para finales de los años setenta y principios de los ochenta el Hospital recibía prácticamente el mismo presupuesto económico que a sus inicios, lo cual trajo como consecuencia un menoscabo en la infraestructura física,

y a pesar de los esfuerzos para dar una atención de calidad al paciente, lo anterior no era posible. Esta fue la verdadera causa por la cual el Hospital fue desmereciendo en las funciones básicas para las cuales había sido creado.

El nuevo hospital ofreció un espacio completamente nuevo para la formación de psiquiatras, bajo un ambiente moderno con instalaciones adecuadas que ofrecían una opción frente a las instituciones de renombre como cardiología o nutrición. Además, toda la institución se convirtió en un Hospital-Escuela con cursos de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., del Politécnico y de las diferentes escuelas de enfermería y de otras instituciones del interior del país.

1.3.6. MODERNIZACIÓN DEL HOSPITAL.

A casi veinte años de seguir funcionando bajo los mismos preceptos operativos y teóricos, durante los cuales la inamovilidad había generado una gran desorganización, llevando al hospital a una problemática tanto técnica como administrativa. La remodelación se inició en el año de 1993, como consecuencia de la entrada en vigor del nuevo Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal, en agosto de 1993, surgido a raíz de las experiencias del sismo en 1985.

Las autoridades federales y locales procedieron a la revisión de la infraestructura física existente y se determinó que era necesaria una remodelación integral del inmueble que ocupaba el Hospital Psiquiátrico, toda vez que su cimentación necesitaba ser reforzada para cumplir con los nuevos estándares en la materia, al ser un inmueble con una torre de ocho pisos de altura.

Los trabajos comenzaron sin interrumpir la operación del Hospital, gracias al apoyo de los trabajadores y autoridades del mismo, aunque eso significó que la capacidad se redujera en un cincuenta por ciento, pasando de 600 a 300 camas.

La rehabilitación y remodelación del Hospital duró siete años, aproximadamente, entregándose concluido el 8 de noviembre del año 2000. Dando continuidad a la

atención psiquiátrica que requerían los pacientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como de Petroleros Mexicanos.

A través del trabajo en conjunto de directivos y personal del hospital se obtuvo por parte de la Comisión para la certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General en marzo del 2012 Certificación que lo avala como una institución que cumple con los estándares de calidad y seguridad en la atención a los pacientes. El hospital obtuvo la Recertificación en junio de 2017.

1.4 INSTALACIONES

Se encuentra construido en un área de 28,000 metros cuadrados, con una superficie construida de 20,000 metros cuadrados. Su construcción tuvo un costo total de \$52,787,317.27, la estructura original del hospital contemplo los servicios médicos de: Consulta externa, Hospitalización, Ginecoobstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Odontología. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: Laboratorio y Banco de Sangre, Quirófanos, Rayos X, Electroencefalografía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psicología y Ergoterapia.

Para fines de docencia e investigación el hospital cuenta con seis aulas para 75 alumnos cada una de ellas, con equipo de proyección y todos los implementos necesarios para la enseñanza; de igual manera, en el octavo piso se encuentran establecidas las habitaciones de los médicos residentes, con capacidad para alojar a 38 profesionales que reciben una formación en la especialidad con una duración de 3 años. Cuenta además con el Auditorio con cupo para 270 personas y se estableció en el sótano del edificio el departamento de Patología, así como el Museo de cerebros, en estrecha relación con el Anfiteatro.

Finalmente, la sección administrativa cuenta con los servicios de cocina, lavandería, almacén, comedor de empleados y baños de los mismos. El comedor de los enfermos en dos salas de cada piso de hospitalización, que pueden usarse

el resto del día como cuartos de distracción o terapia para los enfermos que no puedan asistir a talleres, a los jardines o juegos creativos.

1.5 SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ

El Hospital tiene el compromiso de ofrecer a la comunidad los siguientes servicios:

- Consulta externa por primera vez y subsecuentes: El Hospital a través del departamento de consulta atiende a pacientes que acuden por primera vez para realizar valoraciones mediante una entrevista clínica. Tiene el objetivo de poder identificar si el paciente requiere algún tipo de atención psiquiátrica. En caso de ser necesario, se canaliza hacia alguna institución especializada o se le da seguimiento dentro del mismo Hospital.
- Hospitalización: Atiende 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: Atiende a pacientes que ya han sido dado de alta de una hospitalización. Trabaja en la rehabilitación de los pacientes y busca la reinserción de los mismos a la sociedad.
- Urgencias: Atiende exclusivamente urgencias psiquiátricas, 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.

- Unidad de Psicogeriatría: 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): Otorga servicio a personas que cursan por primera vez con un episodio psicótico o aquellas con alto riesgo de psicosis.
- Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT): 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, a través de la identificación de los 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 una mejor 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): 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.
- Rehabilitación: Proporciona 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 una mejor

integración familiar, social y laboral; que incluye terapia ocupacional, física, estimulación cognitiva, habilidades sociales e inducción laboral para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

- Psiquiatría comunitaria: Proporciona el servicio de Psiquiatría Comunitaria 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.

1.6. CONTEXTO DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO.

Resulta interesante para este trabajo, analizar bajo qué contextos se desarrolló el servicio prestado y las circunstancias que originaron reformas legislativas que marcan las acciones a las que se encaminan los programas a seguir.

Como ciudadanos mexicanos, el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, nos garantiza nuestro derecho a la protección de la salud, siendo la ley quien defina las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establezca la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. El hospital donde se prestó el servicio, como institución pública dependiente al Estado se rige con base en los lineamientos y reformas en materia de Salud que se han implementado con el paso del tiempo.

El sistema mexicano de salud tuvo su creación en el año de 1943, desde entonces ha sido objeto de importantes avances a lo largo de tres generaciones de reformas. Es a partir del 2004, durante el sexenio de Vicente Fox, cuando entra en vigor un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud. Este sistema buscaba ofrecer, por primera vez en la historia de salud del sistema moderno de salud, igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público. Y es, precisamente esa reforma al

sector salud la que permanece vigente, considerando el hecho de que la prestación de servicio fue durante la presidencia de Enrique Peña Nieto, quien propuso una nueva reforma, pero aún no entra en vigor.

La reforma del 2004, fue diseñada para democratizar el sistema de Salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral.

La reforma buscaba, por lo tanto, responder a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillos de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.

CAPITULO II

PSIQUIATRIA COMUNITARIA

“¿Explicar qué? ¿Explicar a un médico que las leyes físicas pueden ignorarse?
¿Qué puede ser que lo que sube no baje? ¿Explicar que el tiempo puede ir hacia
delante y hacia atrás, del presente al pasado y de vuelta y no lo puedes
controlar?”

De la película: Inocencia Interrumpida

2.1 LA ENTREVISTA.

Dentro del hospital psiquiátrico, en el octavo piso, se encuentra la oficina de servicio social y fue en dicha oficina donde se realizó la plática. Consistió en describir por parte de la licenciada encargada del departamento cuáles son las dos áreas en las que por mi perfil educativo podría tener acceso. La primera consistía en el área de enseñanza, área encargada de la organización de los cursos para la capacitación del personal del hospital, la segunda tenía que ver con el área de psiquiatría comunitaria, área del hospital destinada a trabajar con comunidad con el objetivo de brindar talleres psicoeducativos a poblaciones estudiantiles, profesionales de la educación y padres de familia.

Los talleres abordan varias temáticas relacionadas con la salud mental. Además de ampliar la red de información, la psiquiatría comunitaria se convierte en una herramienta para poder detectar casos específicos de alumnos en riesgo, valorizarlos y en caso de ser necesario, canalizarlos a una institución especializada. Debido a las características del segundo programa, opte por él.

A continuación, se describirá de manera general cuáles son las principales características de la psiquiatría comunitaria.

2.2 PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.

El servicio elegido se desarrolló fuera de los muros del hospital, encaminando sus acciones hacia la prevención primaria, tratando de sensibilizar a la sociedad, para que cuando se realicen intervenciones en los niveles de prevención secundaria y terciaria, se cuente con un sustento firme desde donde se puedan abordar los problemas de salud mental.

Así, se plantean acciones que permitan ofrecer una atención integral psiquiátrica a nivel comunitario, posibilitando que se complementen los diferentes modelos de atención como el clínico hospitalario, el comunitario, el de salud mental, el de acción social y el organizacional, no olvidando contextualizarlos en el medio a incidir, centrando su desarrollo en la metodología y la prevención.

El modelo que se ha desarrollado en el Servicio de Psiquiatría comunitaria se sustenta en las bases mencionadas. Sin embargo, se ha adaptado a los recursos con los que se ha contado a lo largo del tiempo como parte de un servicio dentro del organigrama del hospital y siguiendo los lineamientos de la normatividad en salud mental que rige a nuestro país, proponiendo la realización de actividades específicas en los tres niveles preventivos, mismas que se llevan a cabo en forma intra y extramuros, posibilitado lo siguiente:

- 1) La apertura del hospital hacia la comunidad a través de una interacción recíproca.
- 2) La extensión de los servicios psiquiátricos hacia la comunidad, teniendo como bases la utilización racional de los recursos existentes, la prioridad asignada a las acciones preventivas, la conformación de equipos interdisciplinarios y la ampliación de los servicios psiquiátricos que permita

una cobertura de comunidades y población que carezcan del beneficio de la seguridad social.

- 3) Creando redes de apoyo para la enfermedad mental en cada una de las comunidades en las que trabaja, a través de la formación de promotores en salud mental (Centros y casas de salud, Instituciones Educativas, centros de Atención Múltiple, Albergues, Comunidades Abiertas, etc.).

Realizándose de esta manera actividades que se adecuen a los modelos mencionados y que se integran en tres grandes grupos:

1. Las que van dirigidas a realizar actividades de educación y fomento para la salud mental: Orientación, Información y Educación.
2. Actividades de detección oportuna de enfermedad mental, seguimiento de casos y referencias, información, orientación y psicoeducación.
3. Las dirigidas a promover la rehabilitación del paciente psiquiátrico en el medio en donde se desarrolla, trabajar con la familia y cuidadores aspectos psicoeducativos, así como facilitar el contacto con instituciones de salud y educativas, y de ser posible, con el medio laboral.

El servicio de Psiquiatría comunitaria integra tres Programas Específicos a desarrollar:

- 1) Programa de educación y Fomento de la Salud Mental
- 2) Programa de Atención Psiquiátrica Comunitaria.
- 3) Programa de Epidemiología de la Enfermedad Mental en la comunidad.

2.3 ANTECEDENTES DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.

En Europa se realizó una extensa labor comunitaria, así en Gran Bretaña se creó el Servicio Nacional de Salud, ampliando la labor psiquiátrica hacia la comunidad organizada en los distintos sectores, permitiendo reemplazar los grandes

hospitales generales, en coordinación con los médicos familiares y los sectores de salud pública (Ambulatorios, 2017)

El modelo de los países del bloque socialista, se basó en los dispensarios psiconeurológicos interrelacionados con los hospitales psiquiátricos, hospitales de día, talleres protegidos, servicio psiquiátrico en Hospitales Generales y albergues para enfermos crónicos, junto con las clínicas escolares y apoyos en fábricas (Ambulatorios, 2017).

Pudiendo extraer de estos modelos de atención dos principales aportaciones:

- No aislar a los pacientes de la comunidad.
- La atención psiquiátrica comunitaria específica conlleva a la integración de los recursos de la comunidad.

2.4 LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN EL HOSPITAL “FRAY BERNANDINO ÁLVAREZ”.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” fue inaugurado el día 9 de mayo de 1967. A partir de entonces es el Hospital Psiquiátrico más importante del país y ya que es el que tiene la mayor cobertura para la atención de pacientes psiquiátricos.

En cuanto al servicio de Psiquiatría comunitaria dentro del Hospital Fray Servando Álvarez, la idea de su implementación surge a partir de 1979, posterior a que se fundó el servicio de Hospital de Día y se observó los beneficios que tenía en el paciente al favorecer el apego al tratamiento y que no se desvinculará de su comunidad.

En 1991 se creó un anteproyecto del primer programa, que después de varias modificaciones culminó con la creación de un programa piloto de Hospital parcial,

contando con la iniciativa y aval de las autoridades del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, iniciándose las primeras actividades en agosto de 1992, estableciendo contactos interinstitucionales, trabajando con juntas de vecinos, mercados, fábricas, etc.

Al fundarse la división de Hospital Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría comunitaria (enero de 1993), el programa se transformó en un servicio recibiendo un gran apoyo e impulso de la Dirección del Hospital y de la jefatura de División; al aumentar el trabajo de servicio y ante la necesidad imperiosa de desplazamiento del equipo (un psicólogo adscrito, una pasante de sociología, una pasante de psicología y residentes de paidopsiquiatría) el patronato del Hospital ofreció en comodato un vehículo y el apoyo de abastecimiento de gasolina, apoyo que concluye cuando una ambulancia pasa a integrarse como propiedad del hospital y no exclusiva del servicio de Psiquiatría, lo cual ocurrió en el año 2002.

En junio de 1993, se estableció un acuerdo con la Secretaria de Educación Pública, como consecuencia se inició el trabajo conjunto con las escuelas de la Delegación Tlalpan. Ese mismo año se trabajó con poblaciones de recolectores de basura en la zona poniente de la Ciudad de México, lo que generó la realización de las “primeras jornadas contra la farmacodependencia”, actividades que abarcaron los dos turnos: matutino y vespertino, estas últimas fueron apoyadas fuertemente por los Residentes de Psiquiatría del Hospital y coordinadas por el personal adscrito al servicio.

Fue en este año, cuando se iniciaron los cursos para promotores de Salud Mental en la comunidad. Este mismo año se realizó un trabajo de capacitación de médicos de Centros de Salud (primer nivel de atención), para que pudieran contar con los niveles básicos acerca de los padecimientos psiquiátricos, con los que realizaron detecciones oportunas, favoreciendo el apego a tratamientos y facilitando las referencias de los pacientes que necesitaron de este apoyo.

En 1994 se produjo una solicitud para trabajar con escuelas de nivel técnico, al inicio solo por medio de pláticas de información, cine debate y dinámicas grupales, posteriormente se conformaron grupos de tipo psicoeducativo, experiencia que fue la base para la conformación de grupos similares en diferentes comunidades.

En 1995 se realizó una intervención en el albergue “Fraternidad sin fronteras”, creándose un convenio de asistencia con esa institución y ampliando la cobertura de los servicios asistenciales de manera extramuros, pudiendo sentar las bases para realizar las actividades terapéuticas ocupacionales fuera del Hospital e implementar programas de autocuidado. También en este año se inició con el proyecto de la atención intradomiciliaria a pacientes egresados del Hospital, creándose un puente que llevó a la asistencia integral psiquiátrica al hogar de los pacientes. En este año se dotó al servicio de un mayor número de pasantes de diversas disciplinas, quienes primordialmente se desempeñan en el turno vespertino (Ambulatorios, 2017).

Para el año de 1996, el servicio que hasta entonces contaba con un médico psiquiatra y un psicólogo adscrito, fue favorecido con la dotación de un mayor número de personal, en el turno matutino se adscribió a otro psicólogo y en el turno vespertino recibió un médico psiquiatra, dos médicos epidemiólogos y un psicólogo adscrito, y como personal de apoyo a pasantes de psicología, trabajo social, rehabilitación física, así como un residente de psiquiatría. El contar con estos recursos humanos facilitó la ampliación de la cobertura de manera extraordinaria, reproduciéndose las actividades del turno matutino en el vespertino, y se generó por primera vez un curso de capacitación a promotores de alcohólicos anónimos (Ambulatorios, 2017).

Así también se pudieron concretar apoyos interinstitucionales entre el Hospital General de Iztapalapa y el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para la atención de casos comunitarios y el apoyo a grupos organizados de la comunidad.

De esta manera se incrementó la formalidad en los compromisos del turno vespertino, abriéndose más espacios para la labor comunitaria en salud mental.

Los universos poblacionales trabajados durante el año de 1996 en el turno vespertino se caracterizaron por su heterogeneidad y abarcaron a grupos sociales organizados de la población como, por ejemplo: colonos de unidades habitacionales, padres de familia de escuelas primarias y secundarias, profesores de dichas escuelas, empleados de dependencias públicas y grupos de alcohólicos anónimos.

Dada la relevancia y magnitud del alcoholismo en México, como se mencionó, se crearon cursos de capacitación para promotores de grupos de alcohólicos anónimos, con la finalidad de que funcionen como agentes difusores de información y educación.

En lo que se refiere al año de 1997, podemos decir que se incrementó la cooperación interinstitucional con instancias como Protección Civil, generándose un trabajo conjunto con otras instituciones dando por resultado la conformación de un Programa de Apoyo Psicosocial en víctimas de emergencias y desastres; por el mismo temor, se establecieron trabajos conjuntos con el sistema de protección social en la asistencia a pacientes comunes a ambas instituciones.

Las actividades de fomento y preservación de la salud mental, se incrementaron en las instituciones escolares, esto fue posible gracias a que el personal de apoyo creció en número en ambos turnos.

En el año de 1998, se continuó apoyando a diferentes instituciones del Gobierno de Distrito Federal, como el sistema de Desarrollo Integral de la Familia, la delegación Benito Juárez, Sistema de Protección Social, trabajando en los albergues pertenecientes a estas instituciones con enfermedades mentales, niños de la calle, capacitando al personal para el manejo de situaciones que ameriten una intervención en crisis. Ya en la segunda mitad del año la Coordinación de

Salud Mental tomó bajo su tutela estos trabajos y el servicio continuó con los programas que lo conformaron.

Debido a la situación económica del país y a la necesidad de emplear mejor los recursos con los que se contaba, no fue posible iniciar un programa piloto propuesto, aunque se hicieron los enlaces necesarios; el programa de capacitación laboral que se había planteado como piloto tuvo que suspenderse. El programa de investigación también fue limitado.

A partir del año 2000, el trabajo del servicio de psiquiatría comunitaria quedó sectorizado únicamente a la Delegación de Tlalpan, trabajando fuertemente en poblaciones cerradas, particularmente en escuelas primarias y secundarias, además de continuar el trabajo en comunidades abiertas.

En el año 2002 se retomó el convenio establecido con la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan al frente de la cual se encontraba en Dr. Roberto Pintado, el cual proporcionó todo tipo de facilidades para trabajar los programas educativos dirigidos a médicos y paramédicos de Centros de Salud, obteniéndose resultados satisfactorios y la formación de promotores en salud mental a personal médico y paramédicos, al sensibilizar a todo el personal, en cuanto a la problemática de la enfermedad mental y su necesidad de actuar en los niveles preventivos.

A partir de entonces y hasta el 2008 el Hospital “Fray Bernardino Álvarez” a través del servicio de psiquiatría comunitaria participó activamente en el Consejo Delegacional Contra las Adicciones en Tlalpan (Ambulatorios, 2017).

Entre los años del 2005 al 2017 se ha trabajado arduamente dentro de un enfoque educativo para la prevención de la enfermedad mental, así como realizar diagnósticos oportunos dentro de la comunidad (escuelas, albergues, industrias protegidas, centros de atención múltiple, escuelas de inducción laboral, casas y centros de salud, grupos comunitarios diversos que han solicitado el servicio que Psiquiatría Comunitaria brinda).

El programa de Trabajo de Psiquiatría Comunitaria a partir del 2008, se centró en dos Organizaciones Gubernamentales: Casas de Salud, dependientes de los Servicios Médicos de la Delegación Tlalpan y Coyoacán, con quienes se realiza un convenio verbal tanto con la dirección de los servicios médicos como con las Jurisdicciones mencionadas de las delegaciones correspondientes, con la finalidad de continuar formando promotores en salud mental dirigidos a profesionales de la salud, así como la detección oportuna de enfermedad y referencias en caso necesario. También se continúa trabajando en escuelas primarias, secundarias y centros de educación media superior (aspectos educacionales en salud mental, detección oportuna y canalizaciones, impactando a tres grupos poblacionales: alumnos, padres de familia y profesores). El programa anual además se propone seguir formando promotores en salud mental dirigidos a profesionales de la educación.

A partir del año 2009 y hasta la fecha, el servicio de Psiquiatría Comunitaria ha trabajado conjuntamente con la Delegación de Tlalpan y en específico con los Servicios Médicos de dicha delegación, favoreciendo salud mental en zonas marginadas, con programas educativos y dando atención clínica psicológica y psiquiatría en casas de salud de la delegación favoreciendo con ello el mecanismo de referencia contra referencia. En general se trabaja con poblaciones diversas, en su mayoría vulnerables por su localización geográfica y situación sociocultural desfavorable.

En los últimos años, debido a la limitante que se tiene por ser un equipo reducido en número de integrantes, se ha trabajado arduamente en la formación de promotores de Salud Mental que han dejado insertos en diferentes comunidades con el objetivo de continuar favoreciendo la salud mental dentro de su respectiva comunidad (Promotores en Salud Mental como son: profesores, trabajadores sociales, médicos generales, enfermeros, psicólogos y ciudadanos con vocación que asumen el rol del líderes dentro de su comunidad).

El servicio, considera indispensable reforzar los aspectos educativos, con la finalidad de continuar fortaleciendo la prevención y reducir los casos de referencia a instituciones, las cuales se encuentran sobreesaturadas, por lo que es conveniente recurrir a los equipos de trabajo establecidos en la comunidad y que fungen como promotores de salud mental insertos en escuelas, centros de salud, casas de salud, etc. para apoyar nuestra problemática de salud y enfermedad mental sin ser necesaria la canalización de los casos no graves. Es en entre el año del 2000 y el 2004 cuando se integra un pedagogo al equipo de trabajo de psiquiatría comunitaria.

Como se puede observar el Servicio de Psiquiatría Comunitaria no se mantiene estático, más bien, camina continuamente en busca de la actualización y eficacia que exige el momento actual, donde el protagonista principal es la propia sociedad, éste servicio tiene una identidad y objetivos definidos desde su creación, y siguiendo con el lineamiento y el compromiso de la Subdirección de los Servicios Ambulatorios del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, brinda sus servicios con la máxima calidad y calidez a la población en general y sobre todo a la población más desprotegida, ajustando las actividades a los recursos humanos con los que se cuenta, y cada uno de los profesionales del servicio están comprometidos en fomentar la salud mental de la sociedad.

2.4.1 OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO DE SERVICIO COMUNITARIA

Brindar atención en salud mental a la población fuera del Hospital, a través de una serie de estrategias de corresponsabilidad del Hospital Psiquiátrico y la Comunidad. Las actividades estarán enfocadas a la promoción y fomento de la salud, prevención y detección oportuna de la enfermedad mental utilizando como recursos la información, orientación, educación y psicoeducación a la población, así como actividades clínicas específicas en el seno de la comunidad.

2.4.2 FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO

- Preservar la salud mental de la población en su comunidad mediante acciones preventivas (orientación, información, educación y psicoeducación).
- Llevar a cabo cursos en salud mental a la comunidad, de acuerdo a las necesidades y nivel educativo de grupos específicos de la comunidad.
- Formación de promotores en salud mental, dirigidos a tres grupos específicos: Profesionales de la Salud, profesionales de la educación y público en general.
- Promover la salud mental a través de los medios de difusión (radio, televisión y prensa).
- Coordinar el apoyo de la atención psiquiátrica que el Hospital brinda en centros de Salud y Centros Pro Salud en poblaciones marginadas de la Delegación Tlalpan.
- Fomentar la cultura de referencia y contrareferencia clínica.
- Informar, orientar y educar al paciente y a su familia sobre la enfermedad mental que deben enfrentar.
- Impartir sesiones psicoeducativas al paciente y a la familia.
- Promover la cultura de salud y enfermedad mental como posibilidad inherente a los seres humanos en la comunidad
- Evaluar la calidad de la atención a los usuarios de los servicios de Psiquiatría comunitaria mediante la aplicación de cuestionarios de manera periódica con el fin de optimizar las acciones del servicio.
- Elaborar material didáctico sobre las temáticas impartidas.
- Fomentar la enseñanza del personal llevando a cabo sesiones clínicas, bibliográficas y de supervisión de casos clínicos n el servicio.
- Participar con la subdirección de enseñanza, investigación y capacitación como ponentes en diversos cursos.

- Participar en los diversos comités y comisiones dentro y fuera del Hospital.
- Realizar reuniones de trabajo del servicio de acuerdo al programa.
- Iniciar el proyecto piloto de rescate de pacientes.

2.4.3 METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

El servicio de psiquiatría comunitaria se integra actualmente por cuatro programas, sin embargo, por las características de cada uno, a continuación, se describirá el programa en el que el pedagogo puede incursionar:

- Programa de educación y fomento de la salud mental.

En este programa se realizan acciones específicas para hacer del conocimiento de la población las características de la salud mental y los beneficios que brinda, así como dar a conocer las consecuencias de la pérdida de la salud mental e informar de las alternativas de prevención y manejo, buscando proteger a la población en riesgo de enfermar. Se dirige a poblaciones cerradas y abiertas abarcando poblaciones específicas (niños, adolescentes, adultos y de la tercera edad). Las actividades que se realizan dentro de este servicio son:

- Pláticas de información, orientación y educación en medios de difusión.

*Entrevistas a medios de comunicación como televisión, radio, periódico, revistas, etc. (La temática de las entrevistas tienen la finalidad de promover la salud mental en la sociedad. La solicitud se dirige a la dirección, donde se asignan las entrevistas que consideran corresponden a el área de psiquiatría comunitaria).

- Enlaces a contactos con Instituciones Gubernamentales, no Gubernamentales y con grupos específicos de la comunidad.

* Dichos enlaces consisten en contactar con directivos o líderes de la comunidad, para informar sobre las actividades que el servicio de psiquiatría comunitaria del Hospital Fray Bernardino ofrece a la comunidad, para beneficiar la sanidad mental de los individuos, con el objetivo de llegar a acuerdos de trabajo, con base en las necesidades específicas de cada población.

-Grupos informativos.

*Son las sesiones grupales donde se da a conocer los programas de intervención en las comunidades tanto abiertas como cerradas, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así como en poblaciones de afluencia de los habitantes de alguna zona específica. Se puede trabajar con instituciones escolares (profesores, alumnos y padres de familia), albergues, mercados, iglesias, puntos de reunión escolar, centros comunitarios, etc.

-Grupos de orientación.

*Son las sesiones grupales donde se dan a conocer los diferentes servicios e instituciones que puedan apoyar para el manejo de alguna problemática en salud mental.

-Grupos de Educación en Salud mental dirigidos a escuelas.

*Corresponde a las sesiones psicoeducativas grupales con temática en salud y enfermedad mental, que se realizan con alumnos, profesores y padres de familia con el objetivo de dar un conocimiento básico para facilitar la prevención y/o el diagnóstico oportuno de la enfermedad mental en las escuelas.

-Grupos educativos para la formación de promotores de Salud mental dirigido a profesionales de la educación.

*Corresponde a los cursos anuales donde se aborda temática específica relacionada a la enfermedad mental en cada una de las etapas de la vida dirigidos

a personal médico y paramédicos de casas, centros de salud y hospitales generales, con el objetivo de transmitir un conocimiento básico necesario para prevenir y diagnosticar trastornos psiquiátricos en la población que acude a un primer nivel de atención. Y en algunos casos específicos iniciar un manejo médico en este primer nivel de atención y en caso necesario realizar el mecanismo de referencia y contrarreferencia.

-Grupos educativos para la formación de promotores de la salud mental dirigida a integrantes de la comunidad (público en general).

*Se identifican personas interesadas en la comunidad para fungir como promotores en salud mental y se le integra a un grupo abierto donde se les dan varias sesiones educativas y psicoeducativas con relación a la salud y enfermedad mental con la intención de que en un momento determinado y ya formados como promotores en salud mental realicen campañas de prevención de la enfermedad mental en su comunidad, contando con la asesoría permanente del equipo de psiquiatría comunitaria.

-Grupos educativos dirigidos a la comunidad

*Corresponde a las diferentes intervenciones educativas dirigidas a grupos específicos de la comunidad. El objetivo en dicha actividad es el dar información científica de manera clara y sencilla, para que cualquier persona independientemente del nivel educativo entienda y se sensibilice sobre lo que es la enfermedad mental, reconozca e identifique los factores de riesgo en un momento dado y acepte una intervención psicológica y/o psiquiátrica.

-Grupos psicoeducativos dirigidos a la comunidad.

*Corresponde a las intervenciones que se dan en la comunidad a grupos específicos que se encuentran involucrados directamente con la enfermedad mental o bien porque son los pacientes o sus familiares. El objetivo es educar y sensibilizar en el rol que juegan con el paciente para que puedan tener una actitud positiva hacia el enfermo y la enfermedad mental que enfrentan.

-Actividades de difusión.

*Consiste en tener acercamiento directo individual o grupal para impartir breves pláticas donde se da a conocer los diferentes servicios que proporciona el Hospital Psiquiátrico y muy específicamente los programas de trabajo del servicio de psiquiatría comunitaria. Esta actividad está apoyada por la entrega de trípticos, carteles, volantes, etc.

-Valorar la calidad de atención en las actividades educativas que brinda el servicio.

*Se aplica la encuesta de satisfacción de los asistentes a los cursos para promotores en salud mental periódicamente.

CAPITULO 3

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL ÀREA DE PSQUIATRÌA COMUNITARIA

“Estamos transformando problemas cotidianos en
enfermedades mentales”

-Allen Frances.

En la fecha de mi incorporación al equipo se llevó a cabo una plática con el médico psiquiatra jefe del área, quien me explicó a detalle las funciones que realizan y las experiencias que hasta el momento de su dirección había acumulado. Intercambiamos ideas sobre las posibles estrategias a implementar en futuros talleres y me presentó al resto del equipo en cuanto se iban incorporando a la oficina.

Además, me llevó a un recorrido por todas las instalaciones del hospital con el fin de poder conocer no solo las actividades que se realizan en el área de psiquiatría comunitaria, sino también todas las funciones que brinda el Hospital a la sociedad.

Como se describió en el capítulo anterior, el equipo de psiquiatría comunitaria dentro del cual como prestador de servicio fui partícipe, estaba conformado de forma interdisciplinario, constaba de 4 médicos psiquiatras adscritos, 1 psicólogo adscrito, 1 secretaria, 2 residentes de psiquiatría, 1 pasante de psicología y 2 pasantes de pedagogía. Dichos integrantes desempeñaban distintas funciones encaminadas a cumplir con las metas de los programas del área. Con ello, se cubrían de forma primordial los talleres psicoeducativos y las consultas de valoración y seguimiento a pacientes de algunos centros de salud. Aunque se

encomendó a los prestadores de servicio como prioridad trabajar en los talleres educativos, cuando había períodos de descanso se nos permitía acompañar a los psiquiatras a los diferentes centros de salud.

A mi llegada al servicio, los talleres en los que se encontraban trabajando estaban próximos a terminar, por lo cual, no hubo intervención inmediata, en su lugar, se me encomendó revisar el manual DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) para indagar sobre los principales trastornos mentales con los que se trabaja.

1. TALLERES PSICOEDUCATIVOS.

Los talleres psicoeducativos tienen la función de brindar información a la comunidad con la que se trabaja sobre los principales trastornos mentales que se pueden presentar en la población. Esta atención primaria pretende fortalecer la capacidad de aquellos quienes puedan estar atravesando por una situación de riesgo derivada de algún trastorno mental, apoyándolos a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida, reforzando las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad.

Debido a estas series de características, los talleres psicoeducativos se convierten en espacios de reflexión y aprendizaje grupal promovidos y desarrollados por profesionales de la salud mental del Hospital Fray Bernardino Álvarez, siendo el principal objetivo la prevención de trastornos psiquiátricos detectando a tiempo la canalización de primer, segundo y tercer nivel de salud.

El término de la psicoeducación en la forma como ahora se maneja se le atribuye a la investigadora americana Carol M. Anderson que, en 1980, trabajó con pacientes con esquizofrenia utilizando el método de las intervenciones

psicoeducacionales como una alternativa a las terapias familiares de uso tradicional que hasta entonces se manejaban.

En una semana de reuniones, se definieron los horarios, el número de sesiones, las fechas y los temas a trabajar, quedando de la siguiente manera:

- A. Población objetivo: Alumnos y padres de familia de la primaria Agustín García Conde y alumnos y padres de familia de la secundaria General Maximino Martínez.
- B. Espacio de trabajo: Aulas de escuelas.
- C. Duración del taller: 10 sesiones, una por semana de 50 minutos cada una.
- D. Temática:
 - Encuadre del taller.
 - Multifactorialidad y conformidad de las familias (familias actuales).
 - Adolescencia (fortalezas y vulnerabilidades).
 - TDAH.
 - Bullying.
 - Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.
 - Depresión y prevención del suicidio.
 - Autoestima.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Retos del presente y futuro de la adolescencia hacía un camino integrador.

Las planeaciones didácticas de los talleres se diseñaron con base en el tipo de población con la que se trabajaría. Se trabajó con un grupo mixto de alumnos de quinto y dos grupos mixtos de sexto grado de la primaria, además de un grupo de padres de familia de la primaria Agustín García Conde, ubicada en Matamoros #122, Col. La Joya, Del. Tlalpan; a 2 cuadras del centro de Tlalpan, y tres grupos mixtos de los tres grados de la secundaria General Maximino Martínez número 155, ubicada en Callejón del Zapote sin número, Delegación Tlalpan y los padres

de familia de los mismos. En total, fueron 8 grupos contando los grupos de los padres de familia, trabajando en sesiones de 50 minutos una vez por semana.

Los alumnos que se contemplaron para el taller fueron sugeridos por los directivos de los planteles con los que se trabajó, se pensó en aquellos que podrían verse mayormente beneficiados por el contenido de los temas.

Para poder llevar a cabo los talleres, se realizó un primer acercamiento con los padres de familia de los alumnos con la intención de darles un panorama de los temas que se trabajarían, sobre los horarios y los beneficios que conlleva el tener conocimientos sobre la salud mental. Además, como medida preventiva, se buscó tener el consentimiento de los padres para que sus hijos pudieran participar en el taller.

La respuesta al primer acercamiento fue diferenciada, mientras en el colegio Agustín García Conde los padres de familia se involucraron desde un inicio de una manera muy comprometida, en la secundaria hubo muy baja participación, y esa misma tendencia se mostró durante el desarrollo de los talleres.

A continuación, se describen las actividades didácticas que se implementaron para cada tema, los principales saberes que se buscó generar en los participantes y algunas anécdotas importantes a considerar.

1.1 ENCUADRE DEL TALLER.

Durante la primera sesión del taller, en todos los grupos se planteó el encuadre del mismo. En un inicio, para generar confianza en los alumnos y padres de familia, se presentaron cada uno de los integrantes frente a todos mediante una dinámica que consistió en decir su nombre y realizaron mímicas representando algún gusto personal.

Una vez terminada la actividad todo el grupo acomodó sus sillas en círculo y a manera de plática se les preguntó si tenían conocimientos de qué era la salud

mental, las participaciones fueron varias y en un segundo momento se les cuestionó sobre las enfermedades mentales y la relación que han tenido a lo largo de su vida con las mismas. En este aspecto, se mostraron más inhibidos y su participación disminuyó.

Para hacer énfasis en la importancia de tener buena salud mental, la médico psiquiatra preguntó a los asistentes a quién acuden en caso de padecer un dolor de muela, a quién acuden cuándo se rompen un brazo, etc., a cada pregunta que hacía, les respondían los especialistas que tratan esos padecimientos, por lo tanto, la última pregunta que se les hizo fue: ¿a dónde debemos acudir cuándo tenemos un problema emocional?, esta pregunta tuvo el objetivo de hacer reflexionar a los alumnos y padres de familia que se contempló para tomar el taller.

Se les entregó un tríptico con el objetivo del taller y los diez temas que se trabajarían a lo largo del mismo. Además, se establecieron entre todos, las reglas que habríamos de respetar durante todas las sesiones. Finalmente, al término de la primera sesión, a los alumnos se les comentó que el taller era totalmente voluntario, ya que esa condición se había pactado con los directivos para realizarlo. Esta medida se consideró a partir de experiencias en talleres anteriores, en donde el obligar a alumnos a participar había resultado contraproducente. Al darle esa opción dos alumnos de todos los grupos decidieron no tomarlo.

Para despedirnos, se les invitó a acercarse a nuestro equipo al término de cada sesión si tenían alguna duda o si consideraban necesario recibir alguna valoración. Con el paso del tiempo y como más adelante se relatará esta estrategia obtuvo resultados.

1.2 MULTIFACTORIALIDAD Y CONFORMIDAD DE LAS FAMILIAS (FAMILIAS ACTUALES).

Durante esta sesión se les proporcionó a los grupos una breve introducción sobre la evolución histórica de las familias. Esta descripción fue basada en un artículo escrito por Heriberto López Romo titulado “los once tipos de familia en México”, en el artículo, el autor menciona 11 tipos de clasificaciones, que son “familias conformadas por papá, mamá y niños, familias de parejas del mismo sexo, familias de mamá sola con hijos, familias de papá, mamá y jóvenes, familia unipersonal, familia de padres, hijos y otros parientes, familia de nido vacío, familia de pareja joven sin hijos, familia de co-residentes, familia reconstituida y familia de papá solo con hijos” (López. 2016).

Se les explicó a los asistentes al taller en qué consistía cada clasificación y se les sugirió ubicarse en alguna de ellas. Para terminar la sesión se les pidió a los participantes la elaboración de un cuento corto que describiera mediante un relato las principales características de alguna de las once clasificaciones que se expusieron al inicio de la sesión.

Se observó que la gran mayoría eligió a la familia tradicional para redactar sus escritos, siguiendo de la familia conformada por mamá e hijos. Se le asoció ésta elección al tipo de familia de la cual eran parte ellos.

1.3 ADOLESCENCIA.

Reflexionar sobre la adolescencia permitiría primero, a los padres de familia, contar con información necesaria que contrarreste la preocupación que genera el tener un preadolescente o adolescente en casa, derivada de los riesgos inminentes a los que se exponen a esa edad y segundo, a los alumnos, tener un autoconocimiento que posibilite asumir los riesgos que se le llegasen a presentar.

Debido a su edad, algunos se encontraban entrando a la pubertad y otros ya se encontraban atravesando la adolescencia. Se pretendió, además, proporcionar a los padres las herramientas necesarias para poder afrontar la transición de niños a jóvenes de sus hijos.

Para trabajar el tema, se implementaron estrategias diferentes con los grupos de alumnos y con los padres de familia:

Técnica	Grupo	Tiempo	Desarrollo
Expositiva	Padres de familia	20 minutos	De manera expositiva el equipo realizó una presentación en power point abarcando los principales aspectos de la adolescencia.
Plenaria	Padres de familia	30 minutos	Se realizó una retroalimentación partiendo de consejos que se les proporcionan a los padres. A partir de ello, se aclararon las dudas que puedan surgir.
Rally	Alumnos	20 minutos	Se colocaron escondidas tarjetas que contenían cambios en la adolescencia por todo el patio. En equipos, salieron los alumnos a buscar las tarjetas a toda velocidad.
Clasificación.	Alumnos	10 minutos.	Se colocaron tres cajas con las etiquetas: cambios físicos, cambios emocionales y cambios mentales. Uno a uno, pasó cada integrante de los equipos a colocar una tarjeta en alguna de las tres cajas.
Retroalimentación	Alumnos	20 minutos	El equipo sacó una a una las tarjetas de las cajas, mencionaron si estaban correctamente clasificadas, en caso de no estarlo, las clasificaron en la caja correcta. Al momento de ir sacando las

			tarjetas, mencionaron las principales características de cada cambio.
--	--	--	---

Con la entrada en la adolescencia el niño que conocemos en casa y escuela irremediabilmente deja de serlo. Durante un período de aproximadamente cuatro años se producen cambios importantísimos que transformarán al niño en un joven totalmente preparado para la vida adulta. Durante esta transición debe haber el acompañamiento correcto para que se dé una mejor asimilación de los cambios que se van a hacer presentes en los adolescentes con los que convivimos.

Por ello, mencionar los cambios principales a los que se enfrentarían, o los que ya se estaban enfrentando (dependiendo del grupo), tuvo el objetivo de brindarles las herramientas necesarias para poder sobrellevarlos.

En el grupo de padres, se trabajó de manera prioritaria los cambios en cuanto al pensamiento de sus hijos, ya que gran parte de los conflictos que tienen con los mismos son consecuencia del choque de pensamientos entre unos y otros.

Se mencionó la importancia de marcar límites y fijar reglas claras que no trasgredan la búsqueda de la identidad de sus hijos.

1.4 TDAH

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad repercute directamente en el rendimiento académico de los estudiantes, por ello, es necesario que quienes estén frente a grupo cuenten con los conocimientos para poder abordar a aquellos alumnos detectados con este padecimiento.

Dentro del taller, se trabajó con 3 alumnos diagnosticados con TDAH y con varios alumnos que presentaban problemas de conducta. En alguna de las ocasiones que tuve la oportunidad de acompañar a una de las psiquiatras adscritas al

servicio al Centro Integral de Esparcimiento Lúdico y Orientación (CIELO) llegaron dos niños de aproximadamente 6 y 8 años por valoraciones, ambos enviados por sus respectivos profesores. El primero para ser valorado por Déficit de atención y el segundo por Hiperactividad. En ambos casos, la psiquiatra resolvió que presentaban una conducta normal para su edad.

Además, durante la impartición de los talleres, una madre de familia que asistía, tenía una hija menor que acudía al preescolar, su maestra de grupo le sugirió realizar una valoración de la niña con algún especialista, ya que había notado mucha distracción en ella, por este motivo, la madre se acercó con nosotros.

Las entrevistas de valoración siempre estuvieron a cargo de la psiquiatra, la compañera pasante de psicología y yo permanecíamos atentos y emitíamos algún comentario si el tema tratado tenía relación con nuestro perfil.

En dicha valoración, mientras la psiquiatra entrevistaba a la madre, a la par trabajé con la niña con un memorama de frutas para tener una idea de su concentración. Al irle mostrando las cartas, se mantuvo una plática con ella para intentar distraerla, sin embargo, su capacidad para recordar resulto sobresaliente. Con esta actividad, aunado a la plática con la madre, se determinó que no existían razones para sospechar TDAH en la niña.

La preocupación de la madre ante la sugerencia de la maestra se puede combatir con la información pertinente, dado que la fundación *TDAH y tú* dentro de su portal web, señalan que, aunque pudiera existir sospecha clínica en niños menores de 6 años, el diagnóstico de TDAH requiere haber superado esta edad, además, mencionan que es cuando empiezan la educación primaria cuando se reconocen en los niños las primeras manifestaciones, coincidiendo con dificultades en el rendimiento escolar y la presentación de disfunciones sociales.

Es precisamente esta desinformación, tanto de los padres de familia como con los profesionales de la educación que se pretende disminuir con los talleres

psicoeducativos, ampliando la red de información con el resto de la comunidad con los asistentes a dichos talleres.

Durante la sesión dedicada a tratar el tema TDAH se comenzó de manera expositiva con todos los grupos, mencionando las principales características del trastorno. Impactando de diferentes maneras en los grupos con los que se trabajó.

En los grupos de alumnos, se implementaron dos dinámicas diferentes:

Grupos con los que se trabajo	Técnica	Material	Procedimiento
Sextos de primaria	Memorama	Tarjetas con figuras de frutas	Se colocaron mesas al centro del grupo, sobre ellas, tarjetas de frutas con la cara hacia arriba y se dividió el grupo en dos equipos. Se les pidió caminar por alrededor de las mesas observando las tarjetas durante 30 segundos. Después, una vez volteadas las tarjetas con la cara hacia abajo, por turnos, cada uno de los integrantes de los equipos intentó reunir pares iguales. De conseguirlo, mencionaban una característica de las expuestas.
Grupos de secundaria	Campo minado	Aros, Hoja de papel, conos y lápiz	Se colocaron los aros en el piso, colocando tres por seis aros. Después de los últimos aros, se colocaron los 3 conos y en uno se colocó algo que representó el final.

		<p>En la hoja, se dibujaron los mismos aros y se tachó un aro por fila, lo que representó la bomba, eso indicó que no podía pisarse.</p> <p>Se dividió al grupo en dos equipos y uno por uno brincaron sobre los aros para poder llegar a seleccionar al cono ganador. Cada que pisaron un aro que contenía “una bomba” volvieron a empezar. Así, el siguiente en turno debía memorizar los aros que tienen bomba para evitar pisarlos. Ganó aquel equipo que atravesó los aros y levantó el cono que contenía la señal ganadora.</p>
--	--	---

Ambas actividades tuvieron el objetivo de detectar si dentro de los participantes hubiera alguien que presentará dificultades significativas para realizar las actividades.

Por las características del grupo, con los padres de familia se trabajó de forma expositiva principalmente, y con estos grupos la retroalimentación se observó más enriquecedora.

Se trató de abarcar las características del trastorno que se relacionaban con el contexto de los participantes del taller, encaminadas a concientizar que, ya que se trata de un trastorno de carácter neurobiológico, el tratamiento debe ser integral, y uno de los aspectos fundamentales en este tratamiento es el farmacológico.

Una de las principales inquietudes de cualquiera de los trastornos por parte de los padres de familia es el conocer el origen de ellos, a propósito del TDAH, (González Elonieta, 2017) señala que *“no puede identificarse una sola causa. Sin embargo, se ha identificado que las causas principales se deben a factores principalmente genéticos y ambientales”*.

A partir de esta información, los padres de los alumnos reflexionaron y algunos de ellos compartieron con el resto del grupo si la conducta de sus hijos resulta parecida a la de ellos a la misma edad. Resultó que quienes afirmaban esa situación confirmaron que el *“El TDAH tiene una heredabilidad del 76%”* (González Elonieta, 2017:19).

La falta de formación, información y atención sobre el TDAH tiene consecuencias negativas directas sobre los pacientes, sus familiares y personas con las que tienen relación en su entorno, que sufren el estigma, la insensibilidad y la falta de consideración hacía el trastorno.

Fue importante mencionar que el TDAH tiene 3 síntomas nucleares principales:

-falta de atención.

-hiperactividad.

-impulsividad.

Teniendo en cuenta el conocimiento de la sintomatología, se hizo la aclaración que dichos síntomas pueden manifestarse con una intensidad variable en cada niño y pueden presentarse de forma independiente. Además, se mencionó que es frecuente encontrar estas características de falta de atención, hiperactividad o impulsividad en conductas propias de la infancia, puesto que es natural que los niños estén muy activos, presten poca atención o escuchen poco, pero es importante diferenciar entre un comportamiento característico de su edad y uno que no lo es.

Algunos educadores a cargo de grupo confunden lo anteriormente explicado. Por ello, es tarea del área de psiquiatría comunitaria proporcionar cursos a aquellas escuelas que lo soliciten de manera formal. Una vez que los educadores tengan el conocimiento del trastorno y sospechen sobre algún caso con algún alumno con TDAH, deben sugerir que el afectado acuda con algún profesional de la salud especializado, por ningún motivo puede diagnosticar a algún alumno.

Este aspecto es importante, ya que la fundación *TDAH y tú* reconoce que los problemas que se presentan en el aprendizaje y el marcado fracaso escolar suelen ser el principal motivo de consulta en niños. Aunque ello no significa que se tengan que descuidar los demás ámbitos en los que se desarrollan, ya que una condición para detectar el TDAH es que interfiera de forma significativa en el rendimiento del niño en dos o más de los ámbitos: escolar o laboral, familiar y social.

Finalmente, la última parte de la plática consistió en informar sobre en qué consiste el tratamiento para el trastorno y recomendaciones de actividades que pueden potencializar las habilidades de quien padece el trastorno.

En general y según comentarios de varios docentes, existe una problemática común por parte de los padres de familia con relación al tratamiento farmacológico que implica el TDAH. Si bien desde un principio ante la sugerencia del docente para que lleven a sus hijos a una valoración existe una cierta resistencia, en caso de ser diagnosticado con el trastorno y una vez se les explica el tratamiento a recibir, el porcentaje de abandono del mismo aumenta casi en su totalidad.

Este aspecto se consideró de vital importancia para tratarlo en el taller, pensando una vez más en ampliar la red de información con los participantes, ya que como se encontró, varios participantes conocían a personas que se habían resistido a tratar a sus hijos de forma farmacológica debido a la creencia que se tiene de que quienes reciben este tipo de tratamiento se vuelven adictos a los fármacos que reciben.

En el taller, se recalcó la importancia que implica el recibir el tratamiento de manera multimodal, es decir, combinado (farmacológico, cognitivo-conductual y psicoeducativo).

Ante el temor de la posible adicción ante el tratamiento farmacológico, se explicó con detenimiento que quienes padecen el trastorno tienen un desequilibrio a nivel bioquímico, ello implica la necesidad forzosa de tomar fármacos que les permita contrarrestar dicho desajuste. Por ello, “el tratamiento farmacológico sería el método más efectivo para reducir los síntomas nucleares del TDAH” (González Elonieta, 2017:32).

Finalmente, se dieron recomendaciones sobre actividades que pueden realizar en el ámbito escolar y familiar.

Se les aconsejó:

2. Planificar las actividades que se llevan a cabo para ayudar a finalizar lo que se empieza.
3. Monitorizar el desarrollo de una tarea de acuerdo con las instrucciones que se dan.
4. Organizar una agenda de la cual se lleve un control frecuente para recordar tareas pendientes.
5. Establecer una rutina de las actividades que realizan.
6. Simplificar las instrucciones que le dan a sus hijos.
7. Establecer prioridades para una buena conducta de su hijo.
8. Analizar cómo se podrían recompensar los buenos comportamientos y hacer frente a las malas conductas.

1.5 BULLYING

Por las características del grupo de participantes del taller, el acoso escolar resultó un tema importante para ser abordado. Por un lado, contamos con alumnos con

frecuentes reportes de conducta, algunos de ellos ocasionados por molestar u originar peleas con sus compañeros de clase, por otra parte, alumnos con personalidad inhibida que se aislaban del resto del grupo y que eran víctimas del acoso.

“De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el primer lugar internacional de casos de bullying en educación básica, ya que afecta a 18 millones 781 mil 875 alumnos de primaria y secundaria de escuelas públicas y privadas” (Aguilar, 2018).

Con ese dato, resulta muy alta la probabilidad de que en las escuelas en donde se impartió en taller se presente este fenómeno en al menos alguna de las clasificaciones de tipos de acoso que Viscardi (2011) muestra:

- Físico: el agresor lleva a cabo ataques físicos directos que preceden a ataques psicológicos en etapas previas del acoso.
- Gestual: el agresor realiza gestos o expresiones que pretenden intimidar y causar miedo a su víctima.
- Social: el agresor o agresores aísla a la víctima del grupo, lo que le genera disminución de su autoestima y obtenga una imagen muy negativa de sí mismo, lo que le dificulta pedir ayuda.
- Amenazas: la víctima se ve obligada a hacer cosas contra su voluntad, y si no cumple lo que le piden tendrá consecuencias negativas; en este momento el acosado se siente humillado, lo que disminuye las posibilidades de hablar con otros, como profesores o padres, para poner fin al problema.
- Humillación: ridiculizar al otro por su físico, familia, amigos, dificultades escolares...

Durante esta sesión, se empleó la siguiente dinámica con todos los grupos de alumnos:

Técnica	Grupo	Tiempo	Desarrollo
Explicación de la dinámica	Grupo del alumnos	5 minutos	Los monitores del taller explicaron la dinámica a los diferentes grupos con los que se trabajó.
Formación de los equipos.	Grupos de alumnos.	5 minutos.	Se eligieron 2 equipos entre los participantes del taller, cada equipo a su vez eligió un representante, quien fue el "candidato" que sería el encargado de dar sus propuestas al resto del grupo.
Preparación de los equipos.	Grupos de alumnos.	10 minutos.	Los equipos se reunieron para llegar a escribir las respuestas consensuadas.
Exposición de los representantes.	Grupos de alumnos.	10 minutos.	Por turnos, los representantes candidatos expusieron las propuestas de su "partido" al resto del grupo.
Votación	Grupos de alumnos.	5 minutos.	El resto del grupo basado en las propuestas de los candidatos, eligieron a su candidato ganador.

La respuesta al ejercicio por los alumnos destacó por las intervenciones que se tuvieron, y siguiendo la idea de la dinámica (asumiendo el rol del poder político) se obtuvieron las siguientes propuestas:

1. Crear un organismo exclusivo para combatir el acoso escolar en las escuelas.
2. Que especialistas de la salud atiendan a personas víctimas del bullying. Esta idea dio pauta a atribuir buenos resultados a los objetivos del taller brindado.
3. Que además se atiendan de manera psicológica a los agresores. Esta idea resultó interesante escucharla, ya que según Viscardi (2011), los factores que repercuten en los estudiantes para desarrollar una conducta agresiva son: 1) en el hogar: ausencia de cariño y atención, conductas violentas, exceso de libertad, etcétera; 2) en la escuela: normas muy rígidas, castigos humillantes, mala supervisión, falta de estrategias de motivación, escasa educación en positivo, etcétera; y, 3) otros factores sociales (violencia en películas, televisión, revistas, videojuegos, entre otros). Esto denota que quien agrede lo hace derivado de un problema que también debe ser atendido.

Resultando los puntos mencionados como los más significativos, se dio paso a la parte en la que se explicó un proyecto originado en Finlandia denominado KiVa (acrónimo de Kiusaamista Vastaan, que en finés significa en contra del bullying), proyecto que el equipo estudió antes de la sesión, con el fin de ofrecer una alternativa a los integrantes del taller, que hasta ese momento desconocían del mismo. Esta última parte, se trabajó también con los grupos de padres de familia.

El proyecto se seleccionó debido a la efectividad que ha obtenido en los lugares donde se ha implementado. KiVa, tiene como clave incorporar a los testigos del acoso escolar como estrategia para contrarrestarlo, es decir, toma en cuenta a las

personas que presencian el acto violento y se quedan callados, convirtiéndolos de actores pasivos a actores activos.

Se les explicó que, al ser actores presenciales en el acoso escolar, con su silencio o con las risas empoderan al agresor. Lo cual, va en contra de una cultura pacífica. Si se trabaja con los observadores para que puedan tomar conciencia de su rol en esta situación y estos modifican su comportamiento, el agresor pierde su público.

Esta peculiaridad no fue la única razón por la cual nos interesó este proyecto, otro aspecto importante fue además, que el método KiVa tiene como prioridad la prevención del acoso escolar, con actividades programadas que tienen el fin de crear un ambiente amable, generoso y respetuoso con los demás.

Sin embargo, el punto principal que sugerimos fue que actuarán en caso de presenciar acoso escolar, ya que toda la metodología del proyecto KiVa solo puede ser llevada a cabo por especialistas que tienden a seguir un protocolo específico.

Con relación a los grupos con padres de familia, se les hizo hincapié en observar con mayor atención la conducta que presentaban sus hijos, ya que en muchas de las ocasiones, la víctima no busca ayuda externa por miedo o vergüenza, incluso, algunas veces acuden a personas ajenas para tratar de salir de esa situación.

Mantener una relación afectiva con sus hijos evitaría complicaciones en caso de ser víctima de acoso escolar, ya que como menciona Casullo (1998), en los casos más extremos, el acoso escolar ha acabado de forma traumática para sus víctimas en forma de suicidio. Es una realidad muy presente hoy en día, pues hay jóvenes que no pueden soportar el abuso de sus compañeros y deciden quitarse la vida.

Esta verdad no se debe esconder, ya que va en aumento y atañe a esferas tanto personales, como sociales, familiares y educativas. Se les recomendó mantener una comunicación efectiva como medida precautoria.

1.6 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Como se mencionó, uno de los objetivos principales de la psiquiatría comunitaria es la prevención. El consumo de sustancias es considerado en nuestro país un trastorno mental, por ello las acciones preventivas deben trabajarse con mayor atención y de manera conjunta, tanto por las autoridades educativas, como por parte de los especialistas de la salud.

La técnica para abordar este tema para todos los grupos de alumnos fue la misma. La primera parte fue expositiva, para lo cual, se preparó una presentación que contenía el concepto de drogas, los tipos de drogas, cómo es que funcionan en el organismo, las diferencias entre uso, abusos y dependencias de las mismas y los efectos y mitos que se tienen de ellas.

Una vez expuesta la definición de droga, y antecediendo a abordar los demás temas preparados en la presentación, a manera de indagación, se les cuestionó a los alumnos cuáles drogas conocían y en qué tipo de clasificación consideraban pertinente colocarlas.

Durante este ejercicio pudimos observar que los grupos de primaria mostraron mayor interés en participar, incluso, mencionaron una droga que el equipo de expositores no conocía, debido a ello, hubo el compromiso de investigar qué efectos producía y en qué clasificación era pertinente colocarla.

Para exponer las clasificaciones de las drogas, se inició haciendo la diferencia entre drogas legales e ilegales, mencionando que el hecho de que sean drogas permitidas no las excluye del daño que genera a quienes las consumen.

En la sesión con los padres de familia, se les hizo saber que las drogas legales son el puente para el consumo de otras sustancias con mayor dependencia. O al menos esa era la tendencia que predominó años, porque la doctora psiquiatra mencionó que en años recientes el primer acercamiento que tienen los jóvenes es directamente con la marihuana, la situación se vuelve aún más alarmante con el aumento en los últimos 4 años en el consumo de cualquier droga ilegal en personas entre los 12 y 65 años, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) de la Secretaría de Salud Federal.

La siguiente clasificación que se hizo fue la separación entre los tipos de efectos que causan las drogas, quedando los grupos de la siguiente manera: drogas depresoras, drogas estimulantes y drogas alucinógenas.

Para lograr esta clasificación se enlistaron el nombre de las sustancias más conocidas, y los alumnos participaron mencionando en cuál clasificación encajaban según su criterio. Al clasificarlas, el equipo mencionaba los efectos que causaba cada droga en el organismo.

Finalmente, la presentación abordó los mitos más comunes que se originan del consumo de sustancias, creencias que tienen la intención de minimizar a través de falsedades las consecuencias de consumir drogas.

Para lograr un mayor impacto en los grupos, para tratar ésta temática y en la búsqueda de estrategias que complementarán a la técnica expositiva, se tuvo la tarea de buscar vídeos que mostraran de manera explícita las consecuencias en el consumo de sustancias, uno de ellos, un documental corto que entrevistaba a ex adictos que relataban en primera persona el proceso tormentoso que les originó su adicción.

El segundo vídeo, que tuvo el objetivo de concientizar a los integrantes de los grupos, fue un video titulado “proceso adictivo”. Un video animado de un pájaro que muestra de manera gráfica la decadencia que se presenta en la reacción de

aquellos que consumen sustancias, mostrando en un inicio mayores niveles de placer, y a medida que reincidía en el consumo el placer iba decayendo, hasta llegar al punto de necesitar el consumo para no estar en un ambiente oscuro (representación de malestar). La animación termina con la muerte del pájaro.

Con el video quedó expresado con suficiente claridad el desajuste a nivel bioquímico que se presenta en el cerebro de los consumidores que les origina la adicción, solo se reforzó lo expuesto en el video.

Además, se preparó una corta presentación sobre artistas conocidos que derivado del abuso de sustancias desencadenaron un final trágico, ello con la intención de contextualizar con figuras públicas o conocidas lo expuesto de manera teórica.

Con el grupo de padres de familia, observamos mayor atención al momento de mencionar la comorbilidad que tiene el uso de sustancias con trastornos como la depresión y el suicidio.

Y en general a todos los grupos, les sorprendió la idea de que, los consumidores podían desencadenar desde el primer acercamiento con alguna sustancia brotes psicóticos, dependiendo de la carga genética con la que cuenta cada persona.

Por las características de cada grupo con el que se trabajó, las respuestas a esta exposición fueron diferenciadas, asumiendo que los alumnos de secundaria tenían más conocimiento sobre lo expuesto, durante la planeación de las sesiones recordé algo expuesto por una maestra durante las materias que curse dentro del campo de Pedagogía Social en la Universidad Pedagógica Nacional. Comentó aquella ocasión, que hay muchos temas que se vuelven fastidiosos para los grupos con los que se trabaja debido a la repetición en la manera en que se abordan. Sugirió que antes de exponer temas que con frecuencia se trabajan, pensemos en abordarlo desde otra perspectiva.

Por ello, propuse a la médica psiquiatra complementar la exposición abordando la problemática de las adicciones desde el enfoque social, es decir, todas las implicaciones sociales que influyen en las personas para que se vuelvan consumidores.

El mencionar que el grupo puede ejercer presión social que influya en la toma de decisiones o que los individuos puedan comenzar a consumir para pertenecer a cierto grupo permitió crear un mayor nivel de reflexión en los participantes del taller.

Por la duración prevista para los talleres, las actividades planeadas estaban limitadas, hubiera resultado más enriquecedor crear un debate entre los asistentes sobre la legalización de la marihuana, tema en discusión en los tiempos en que se llevó a cabo el taller. Ello generaría la investigación para preparar el debate y permitiría que los alumnos extendieran de forma más amplia la visión que tienen sobre el uso de sustancias. La posibilidad queda latente para implementarse en un futuro.

1.7 DEPRESIÓN Y SUICIDIO.

Para poder abordar la temática relacionada con la depresión y el suicidio se gestionó con las autoridades de la primaria Agustín García Conde la organización para poder realizar un foro abierto al público estudiantil y a padres de familia, una vez aceptada la propuesta, la invitación se extendió a alumnos y padres de familia de la secundaria en donde se impartía el taller.

Para poder diseñar los temas a tratar, se contó con la colaboración de un maestro en comunicación padre de familia, quien fungió como moderador de dicho foro.

Como herramienta se diseñó el siguiente cuestionario guía:

Pregunta 1: ¿Qué tanta recurrencia tiene la depresión en México, realmente es un problema del que debemos preocuparnos como sociedad?

- La pregunta tuvo el objetivo de mencionar la epidemiología en nuestro país con el propósito de visualizar la gravedad de la enfermedad.

Pregunta 2: ¿Qué es la depresión?

- Se puntualizó de manera precisa en qué consiste la depresión.

Pregunta 3: ¿cómo se manifiesta la depresión?

- Se mencionaron los principales focos de alerta con la intención de que la población pudiera, una vez detectados, acudir con los especialistas de la salud para recibir el tratamiento adecuado.

Entre las características más recurrentes encontramos la pérdida de interés en las actividades que se disfrutaban realizar, irritabilidad, ganas de llorar sin motivo aparente, pérdida de energía o cansancio, problemas de sueño, cambios en el apetito, que a veces conduce a variaciones en el peso, pérdida del interés sexual, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo y deseos de muerte o ideas suicidas.

Además, estos síntomas deben de aparecer sin algún detonante y deben presentarse en al menos dos semanas durante todo el tiempo.

Pregunta 4: ¿Cómo se diferencia la “depre” de la depresión, una persona deprimida es una persona débil que no quiere echarle ganas?

- Un aspecto importante que se pretendió aclarar durante esta pregunta, es el hecho de aprender a diferenciar entre la tristeza y la depresión. La mayoría

experimenta tristeza de vez en cuando, pero en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana. Teniendo en cuenta este aspecto, también hubo que hacer la aclaración que contrario a la tristeza, la depresión requiere ser tratada farmacológicamente, de lo contrario, no se presentarían reacciones favorables.

Pregunta 5: ¿Depresión y suicidio van de la mano?

- La comorbilidad directa entre un trastorno y otro fue un aspecto que se mencionó durante el foro, *“La depresión, acompañada de una profunda desesperanza, y el trastorno bipolar están presentes en, al menos, el 80% de los suicidios”* (Echeburúa, 2015).

Pregunta 6: ¿Cómo son los pensamientos suicidas?

- La pregunta tuvo el objetivo de evidenciar los pensamientos suicidas como pensamientos graduales, es decir, son pensamientos que aumentan su peligrosidad en caso de no ser atendidos y generalmente quien los desarrolla lanza alerta a quienes lo rodean.

“La demanda terapéutica en relación con el suicidio está constituida por tres tipos de pacientes: a) los que tienen ideación suicida pero aún no la han expresado verbalmente; b) los que acuden a la consulta manifestando pensamientos suicidas reiterados; y c) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio” (Bobes, Giner, & Saiz, 2011).

La persona que entra en la lógica suicida no ve otra salida, por lo que hay que abrirle el horizonte, hacerle ver que no está solo y que siempre hay caminos alternativos. Por ello, hay que prestar atención específica a los problemas actuales del paciente, a las situaciones de estrés, a los

trastornos mentales, a las enfermedades físicas, al consumo de alcohol/drogas y a la presencia de ideación suicida.

Esto nos da pauta, ya sea como padre, como docente frente a grupo, como educador o como amigo, a estar alerta y establecer comunicación constante con los que nos rodean, permitiendo la empatía que podría ayudar a la disminución de que alguien atente contra su vida.

Pregunta 7: Alternativas de intervención en depresión y suicidio en niños y adolescentes

- Uno de los objetivos de las redes de protección e información es potenciar las fortalezas de los niños los adolescentes y sus recursos de afrontamiento, así como consolidar el apoyo familiar y social. Y es, precisamente, con implementación de los talleres que se imparten con la comunidad que se pretende cumplir con dichos objetivos.

En cuanto al tratamiento, no solo se centra en el trabajo terapéutico, además, se deben establecer condiciones favorables del entorno para facilitar la rehabilitación.

Se mencionó que ante una emergencia “es necesario la hospitalización, dependiendo de la gravedad clínica del episodio; la planificación y letalidad del plan; el riesgo suicida inmediato del paciente; la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades; y la falta de apoyo familiar o social” (Trabajo, 2011).

Pregunta 8: Prevención en depresión y suicidio.

- Hay que tener claro que el suicidio siempre ha estado rodeado de una aureola de silencio. Pero esto puede impedir los esfuerzos de prevención.

Muchas personas que se quitan la vida lo han hablado antes o avisan, de una forma u otra, de su posible suicidio. Cualquier anuncio de muerte autoinducida debe encender siempre una luz roja de alarma y el tema central del foro consistió en concientizar a los presentes de que ante cualquier alerta se debe acudir con los especialistas de la salud.

Finalmente se proporcionó un directorio que contenía los principales centros a los que se puede recurrir en caso de ser necesario y con ello tuvo fin el foro.

Algunos días posteriores a que se realizó el foro, una alumna de la secundaria se acercó con el equipo para pedir una valoración. Durante la misma, extendió su preocupación con el equipo al mencionar que su padre en varias ocasiones le había comentado que quería quitarse la vida.

Con respecto a la alumna, la maestra de educación especial nos comentó que como antecedente, sus padres estaban atravesando por una separación, lo cual afectaba de manera directa su rendimiento académico y su estado emocional. Su madre, acudía de manera inconstante al taller.

Se citó a ambos padres y a ella para tratar el problema con una mínima de diferencia en los horarios. En primera instancia se citó al padre y se le comentó lo que su hija nos había contado. Él, mencionó en reiteradas ocasiones que de ninguna manera había expresado esas palabras y que todo había sido un mal entendido. Dado la gravedad del asunto, se le ofreció apoyo, pero una vez más, mencionó que se encontraba bien y que pondría más cuidado.

Al llegar su esposa y tratar con los dos, hubo reiteradas discusiones debido a la falta de acuerdos con relación a la educación de su hija. La principal problemática se suscitó debido al hecho de que la alumna ya no quería acudir a la escuela debido a que le aburrían las clases. La madre, comentó que si ya no quería asistir

ella se lo permitiría, mientras el padre reprochaba esa decisión y asociaba ese apoyo equivocado a querer generar mayor empatía con ella.

El equipo, ante la situación, explicó la importancia de la certificación con miras a futuros proyectos y la necesidad de contar con un ambiente familiar sano que no contenga mensajes dispares.

Finalmente, se llamó a la alumna y ya todos reunidos el padre le expresó que se encontraba bien, agrego que todo había sido un mal entendido. Ambos padres dijeron que lamentaban si en algún momento sus problemas repercutían en ella. Se pactó una comunicación más asertiva y quedó pendiente el analizar si era necesario acudir en familia a recibir terapia. Hasta el término del taller no se volvieron a acercarse al equipo.

1.8 AUTOESTIMA.

El haber considerado este tema radica en el riesgo que conlleva tener una baja autoestima para desencadenar algún trastorno mental y la comorbilidad directa que puede desencadenar en abuso de sustancias, depresión o suicidio.

Además, la inestabilidad afectivo-emocional derivada del período transicional de la niñez a la adolescencia que atravesaban los alumnos que tomaban el taller exige fomentar en ellos una autoestima alta y sólida que les permita resolver sus conflictos durante y después de esta etapa.

Para lograr esto se requiere de mucho apoyo de todos a su alrededor, primordialmente de padres y madres, pero sin lugar a dudas de los que tienen su educación oficial a cargo y en profesionales de diferentes disciplinas que puedan ayudar en ese proceso educativo (como profesionales de la salud, por ejemplo).

Hablando del ámbito educativo en específico, el establecer constante diálogo tanto con la maestra de educación especial como con la psicóloga de la escuela, nos permitió saber desde que perspectiva, alumnos con autoestimas bajas son propensos a presentar índices de poca suficiencia en su desempeño académico, y de no ser atendidos pueden terminar incluso desertando académicamente.

Estimular la autoestima resulta indispensable para que académicamente el aprovechamiento escolar se mejore y los conocimientos disciplinares tengan un significado más concreto.

Al trabajar como formador de seres humanos, desde cualquier ámbito educativo, se debe tomar la autoestima como eje que puede determinar las trayectorias de vidas de quienes toman talleres de este tipo o de nuestros alumnos.

Montoya y Sol (2001) definen la autoestima como la capacidad o actitud interna con que un individuo se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva, o bien con una orientación negativa.

La dinámica para explicar el tema fue de la siguiente manera:

Técnica	Grupo	Tiempo	Desarrollo
Expositiva	Padres de familia	30 minutos	Los monitores expusieron qué es la autoestima, sus principales características y la comorbilidad con otros trastornos.
Retroalimentación	Padres de familia	20 minutos	En el resto del tiempo de la sesión se externaron las dudas que se tuvieron y se les dio respuesta a las preguntas que se tuvieron.
Expositiva	Grupos de alumnos	20 minutos	Los monitores expusieron qué es la autoestima, sus

			principales características y la comorbilidad con otros trastornos.
Palma de las virtudes	Grupos de alumnos	5 minutos	Los alumnos dibujan el contorno de su palma sobre una hoja en blanco. Al terminar, la recortaron y pegaron sobre su espalda.
Palma de las virtudes	Grupos de alumnos.	10 minutos	Ya que cada alumno tuvo el dibujo de su palma sobre su espalda, los demás alumnos escribieron sobre las palmas de sus compañeros virtudes que percibían en ellos. Con la condición de que cada alumno debía al menos escribir en tres palmas diferentes.
Exposición de las palmas.	Grupos de alumnos	5 minutos	De manera voluntaria, se les pidió que quienes quisieran podían leer lo que los demás habían escrito sobre sus palmas.
Cierre de la sesión.	Grupos de alumnos	10 minutos	Se hizo una reflexión sobre el ejercicio.

En el ejercicio se observó algo interesante, al momento de leer para sí mismos lo positivo que sus compañeros escribían de ellos, muchos de ellos sonreían, lo cual evidenció el bienestar que provoca el hecho de que reconozcan nuestras cualidades positivas y como ello favorece a desarrollar una buena autoestima.

Lo que observamos lo comentamos al momento de la reflexión y les hicimos la invitación a que reprodujeran el ejercicio de reconocer a los demás sus virtudes.

Con la intención de fortalecer además el autoconcepto en ellos, se les preguntó para sí mismos ¿En cuáles actividades me desempeño con eficacia? ¿Cuánto me

valoro como persona? ¿Qué tanto me conozco? ¿Qué tan pleno me siento en este momento por cuanto he logrado en función de mis capacidades, mis oportunidades y en torno a los que me rodean? Y en general: ¿Cuánto me estimo?

Ello para hacerles saber, que resulta indispensable identificar nuestras propias virtudes. El estudiante adolescente necesita consolidar una base de su autoconcepto sólida, sustentada en lo positivo de sí mismo.

Otro hecho en particular que se realizó durante este ejercicio fue la flexibilidad con respecto a la planeación original que se tenía contemplado, debido a que al momento de revisar las virtudes que los demás habían escrito en las palmas de sus compañeros, algunas palmas de alumnos que no se relacionaban mucho con sus compañeros tuvieron pocas participaciones de los demás. Al notarlo, los monitores tuvimos la iniciativa de mencionar frente al grupo cualidades que nosotros habíamos observado en ellos, la respuesta por parte de los demás fue inmediata e inclusiva y el resto del grupo se nos unió mencionando cualidades diferentes.

La respuesta favorable ya mencionada comprobó que existen muchas formas en las que los maestros, padres y madres estimulen a los adolescentes y las adolescentes para que fortalezcan e incrementen su autoestima.

Como término de la reflexión, se proyectó un cortometraje de PIXAR titulado “la Oveja Pelada” que hace referencia a la autoestima y el cual obtuvo una respuesta favorable en los grupos.

1.9 TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Para explicar el tema se utilizó la siguiente dinámica:

Técnica	Grupo	Tiempo	Desarrollo
Mitos y preguntas con juego de cartas.	Grupo de padres de familia y grupo de alumnos.	10 minutos	Se le indicó al grupo que debían de sentarse alrededor de mesas que los monitores acomodaron con anticipación a la sesión. Una vez estuvieron acomodados se les indicaron las instrucciones.
Mitos y preguntas con juego de cartas.	Grupo de padres de familia y grupo de alumnos.	10 minutos.	Los participantes del taller escribieron en un pedazo de papel al menos una pregunta que tuvieran sobre los trastornos alimenticios o algún hecho del cual tuvieran sospecha fuera falsa. Una vez escrito se depositó en una bolsa oscura depositada al centro de las mesas.
Mitos y preguntas con juego de cartas.	Grupo de padres de familia y grupo de alumnos.	30 minutos.	Los monitores utilizaron una baraja con el número de cartas total al número de asistentes por cada sesión. Se barajearon las cartas y se colocaron en el centro de las mesas. Cada asistente tomó una carta y las mostraron a los monitores. Dentro de la baraja, se colocó solo una carta con el número 2 (carta más baja) y solo una carta as (carta más alta). El participante con la carta más alta tomaba un papel de la bolsa y le leía la pregunta o el mito al participante con la carta más baja, quién respondía la pregunta o afirmaba o desmentía el mito, según su propia consideración. Una vez culminada su participación los monitores complementaban y complementaban su respuesta. El ejercicio se repitió hasta que se abarcó el mayor número de preguntas dentro del tiempo establecido.

Específicamente en esta dinámica se mostró mucha participación de parte de los alumnos, el uso de las cartas los motivo a querer volver a repetir el ejercicio y con ello abarcar un gran número de preguntas.

Entre las preguntas que tuvieron mayor mención (haciendo una adecuación de su forma de redacción) encontramos:

¿Qué son los trastornos alimenticios?

¿Cómo detectar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en una persona?

¿Son muy frecuentes los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

¿Qué es la anorexia?

¿Qué es la bulimia?

¿Qué factores influyen para generar un trastorno alimentación?

¿Cómo prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

¿Es cierto que la publicidad y la moda pueden influir en el desarrollo de comportamientos relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Esta gama de preguntas dio pauta a una exposición amplia sobre el tema.

1.10 RETOS DEL PRESENTE Y FUTURO DE LA ADOLESCENCIA HACÍA UN CAMINO INTEGRADOR

Para cerrar el taller en la sesión número ocho se les adelantó a los padres de familia que la última sesión se trabajaría a la par ambos grupos (padres e hijos) para realizar un rally con actividades físicas y un breve convivio. Así, se acordó la

fecha en la que el máximo número de padres podrían asistir y los padres se organizaron para la preparación de alimentos.

Con las autoridades de ambas escuelas, se gestionó la entrega de reconocimientos personalizados a los asistentes al taller.

Se dio inicio a la última sesión preguntando a los asistentes su impresión acerca del taller, los temas que se abordaron y si consideraban prudente insertar otros temas para futuros talleres.

La participación fue voluntaria y se obtuvo una respuesta favorable. En general, los participantes nos agradecieron por el taller. En cuanto a la retroalimentación, consideraron que para futuros talleres el horario por sesión se podría ampliar para que la exposición y las actividades no se vieran tan apresuradas, mencionaron que incluso, se podría ampliar el número de sesiones y abarcar una mayor parte de la población estudiantil.

Con relación a los temas, consideraron importante insertar en el temario el manejo de las redes sociales, ya que, en esta era tecnológica, sus hijos utilizan de manera cotidiana varias redes sociales, coincidieron en que es importante conocer los riesgos que implica este acercamiento con la tecnología.

Al terminar la participación, las autoridades del plantel ingresaron al área donde nos encontrábamos e hicieron entrega de todos los reconocimientos, agregando uno para quienes impartimos el taller.

Pasamos al área de actividad física y dividimos a los participantes en equipos. La asistencia a la última sesión fue muy diferenciada por las fechas. Se culminó en el mes de junio, y a diferencia de la primaria, en la secundaria se presentaba ya un gran ausentismo debido a que en la mayoría de clases se habían liberado de las actividades. Con los grupos de primaria tuvimos una asistencia en promedio de 45

alumnos y padres de familia, mientras en la secundaria llegaron aproximadamente 20 asistentes.

La división por ello, fue de dos equipos de 10 en caso de la secundaria, y 4 equipos de 10 integrantes en caso de los asistentes de primaria, tomando a 5 para ayudar a monitorear las pruebas.

Los equipos compitieron entre sí en cada actividad planeada, obteniendo una puntuación por cada prueba ganada, con el objetivo de que alguno de los equipos resultará ganador al obtener el puntaje más alto.

Los equipos compitieron en futbol, basquetbol, juego de boliche, voleibol y carrera de costales. Las actividades generaron entusiasmo y unión entre padres e hijos.

Por último, la sesión finalizó con una convivencia entre todos y el agradecimiento a todos por nuestra parte por haber tomado el taller. Se les mencionó que en caso de necesitarlo, podrían acercarse para alguna valoración mediante la psicóloga del plantel en caso de la primaria y a través de la maestra de educación superior en caso de la secundaria.

2. SEMANA DE CURSOS PARA PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN.

Al término del taller se tuvo un período de descanso de la mayor parte del personal adscrito al servicio. Sin embargo, para su regreso se tenía ya contemplado un curso de cuatro días de duración dirigido a profesionales de la educación, como acción para ampliar la red de información. El área de psiquiatría comunitaria, con la colaboración de algunos médicos psiquiatras invitados impartiría dicho curso.

El temario se diseñó con base en los principales trastornos mentales que se pueden presentar en los estudiantes y en las observaciones de profesionales de la educación que habían asistido en años anteriores a cursos de la misma

naturaleza, puesto que este curso se imparte con regularidad cada año en el hospital psiquiátrico.

Por las características del temario, se contempla la asistencia de personal relacionado con la educación en cualquiera de sus ramas. La asistencia no tiene ningún costo, se es necesario realizar un registro anterior a las fechas programadas para el curso y además se les otorga una constancia de asistencia.

A la médico psiquiatra con la que trabajamos los talleres se le habían asignado dos temas a impartir, sin embargo, unos días antes de tomar su período vacacional se acercó conmigo y me explicó que uno de sus temas (Normas y límites en el aula) se relacionaba más con mi profesión académica. Me preguntó si me gustaría impartir el tema para poder sugerir el cambio al jefe del área y mi respuesta fue afirmativa. El jefe nos dijo que no había ningún problema y así se fijó el cambio en el programa del curso.

Para mí, la presentación del tema significaba en ese momento un gran reto, ya que se calculaba la asistencia de 250 asistentes aproximadamente, y no tenía antecedentes de una presentación hacia ese número de audiencia.

En los días posteriores preparé la exposición y un día antes a mi presentación se la expuse a la médico psiquiatra, quién apoyo la presentación y me dio su voto de confianza.

La exposición la modifiqué incluso sobre los últimos días que tuve para hacerlo, debido al hecho de presenciar exposiciones de otros compañeros del área de psiquiatría comunitaria, en donde al término de las mismas los asistentes les realizaron observaciones encaminadas con relacionar de manera más directa lo expuesto con la educación.

Por ello, a mi presentación le agregue apartados que complementaron el tema eje. El primero de ellos, tuvo que ver con la importancia de la interdisciplinariedad del

área, mencionando que ello permite abordar las problemáticas a las que nos enfrentamos desde distintos enfoques.

El segundo apartado realice una comparación entre la escuela tradicional y la escuela nueva, para hacer una diferenciación entre la finalidad, tipo de aprendizaje, papel del maestro, relación maestro-alumno, tipo de enseñanza, material utilizado, evaluación y disciplina entre uno y otro.

El tercer apartado consistió en exponer las habilidades de convivencia y los perfiles de egreso según los diferentes grados escolares con relación a las habilidades socioemocionales que se marcan en el nuevo modelo educativo.

Como se puede observar, estos apartados permitieron dar sustento al tema principal, ya que permitió establecer relación entre la teoría de las normas y límites en el aula y la realidad a la que se enfrentan quienes están frente a grupo.

La segunda parte de la presentación comenzó con ambientes propicios para el aprendizaje, un marco teórico sobre las normas y límites y las características que deben poseer las normas.

Finalmente, se hizo una serie de recomendaciones específicas para marcar normas y límites con alumnos que sufrieran algún trastorno.

Se obtuvo buena respuesta por parte de los asistentes, incluso, algunos de ellos se me acercaron al final de las presentaciones para felicitarme, lo cual me generó una gran satisfacción.

CAPÍTULO 4

REFLEXIONES CRÍTICAS

“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar en alma humana sea apenas otra alma humana”

-Carl Gustav Jung

Durante los coloquios organizados dentro del campo de Pedagogía social, el presentar mi anteproyecto de trabajo ocasionó reacciones variadas en los maestros presentes. Esto, debido al desconocimiento general (no solo en la escuela) de la psiquiatría y la relación que puede tener con diferentes disciplinas.

Debo confesar, que en el momento de leer el programa ofertado por el Hospital psiquiátrico por primera vez no contaba con algún antecedente teórico o vivencial que me diera pauta a interesarme en él, más bien, fue ese mismo desconocimiento que generó en mí el interés por lo poco convencional.

El haberme presentado primero a la entrevista, y posteriormente al área de la psiquiatría comunitaria como prestador de servicio me permitió corroborar la nobleza de la Pedagogía con relación a la inserción en múltiples espacios.

En esta perspectiva, el haber realizado el servicio social en el hospital psiquiátrico me generó aprendizajes, reflexiones y experiencias que favorecieron mi desarrollo formativo como Pedagogo.

Las siguientes reflexiones pueden tener un hilo conductor para llegar a la que considero es, la reflexión más importante, o pueden parecer dissociadas.

- Como se sabe, el taller se impartió en dos escuelas diferentes, de niveles diferentes y con características diferentes. Con relación a su infraestructura, ambas contaban con instalaciones funcionales. La escuela secundaria es una escuela gubernamental, con dependencia total del Estado, mientras la escuela primaria se mantenía financiada en parte por una fundación y en parte por las cuotas de los alumnos, por lo cual, se podría considerar como una escuela particular.

Por ello, una característica que diferenciaba a una escuela de otra es el número de estudiantes por grupo, mientras los grupos de la primaria estaban conformados por un promedio de 20 a 25 alumnos, los grupos de secundaria estaban conformados por un promedio de 45 a 50 alumnos. Lo cual hace suponer, que la atención que se brinda en la primera es de una manera más individualizada que la atención brindada en la secundaria.

Se observó (porque la apreciación se platicó de manera informal en varias ocasiones) que la aplicación del taller en la primaria Agustín García Conde resultó más fructífero debido a un mayor involucramiento de varios agentes.

Primero (como se relató en el capítulo anterior), los padres de familia asistieron en mayor número y con más regularidad con relación a los padres de familia de los alumnos de Secundaria. Esto podría deberse a varios factores, considero el más relevante, debido a que el

acompañamiento es mayor debido a la edad por la que estaban atravesando los alumnos al momento de haber recibido el taller.

Podría suponerse que los padres de familia de los alumnos de primaria aún visualizan a sus hijos en una etapa formativa, en donde el acompañamiento que requieren es mayor que en una etapa secundaria.

Además, se observó que el desarrollo de habilidades de los alumnos entre ambas escuelas fue diferenciado. Durante las actividades del taller nos percatamos que los alumnos de la primaria contaban con un mayor desenvolvimiento con relación a la participación oral, siendo éstas de una manera más fluida y coherente. Y en aquellas actividades que les exigieron el desarrollar su habilidad escritora, se repitió este fenómeno, a pesar del entendido de ser de un grado académico menor.

Será tarea de quienes lean este trabajo, de aquellos quienes ya se hayan percatado de este fenómeno con anterioridad, de aquellos que se interesen y de manera personal cuestionarnos y dar respuesta a las preguntas que se planteen de la diferencia de recibir una educación pública de una educación privada.

Habrá que cuestionarse si el desarrollo diferenciado de las habilidades de los alumnos es el resultado de la calidad que se brinda de las escuelas públicas y privadas. Y de ser así, si corresponde únicamente a estas dos escuelas o es un fenómeno que se repite de manera frecuente.

- Durante la impartición del taller se notó, además, la importancia que tiene el ser empático con los alumnos, “entendiendo la empatía como la fortaleza fundamental para construir relaciones interpersonales sanas y enriquecedoras, ya que nos permite reconocer y legitimar las emociones,

los sentimientos y las necesidades de otros” (Milicic: 2014), independientemente de si recibían o no los talleres, ese hecho lo corroboro ahora en el ámbito laboral a través de la orientación educativa. El generar en los alumnos la confianza permite en ellos muchas de las veces el acercamiento en caso de que se encuentren atravesando algún problema emocional.

El generar empatía con ellos permite despertar interés y solidaridad, en especial con alumnos que sufren exclusión, discriminación o cualquier forma de maltrato.

La empatía es por ello el motor que empuja a la acción, ya que implica la responsabilidad frente al otro y el compromiso de actuar en caso de ser necesario.

Estar en contacto frecuente con ellos, da pauta a estar más sensible en caso de que se presente algún signo de alerta que se pueda detectar como medida precautoria.

- Gran parte del personal que labora, realiza prácticas profesionales o realiza su servicio social en el hospital portando bata blanca, ya sea dentro de las instalaciones o cuando salen a comunidad a cubrir algún servicio. Esto, independientemente del perfil profesional con el que cuentan.

Al ingreso al servicio, el jefe del área a la que me incorporé, me hizo saber que era necesario portar dicha bata durante el horario a cubrir y más adelante, la encargada del taller insistió en el uso de la misma. En esa ocasión, comentó que el uso se debía al hecho de pertenecer al sector salud, como identificación del profesional de la salud.

Sin embargo, el uso de la bata se prestaba a la mala interpretación de la población con respecto a los perfiles profesionales, quienes asimilaban que por portar bata éramos médicos, tal como mencionan Tristán y Ruiz (2007) quienes resuelven que la bata blanca de forma universal identifica a un científico o médico.

Desde una perspectiva personal, no tiene relevancia alguna portar bata en comunidad, entendiendo su uso dentro del hospital como herramienta de prevención de algún incidente relacionado con los pacientes en la realización de procedimientos médicos que lo ameriten, se entiende por ello, que en comunidad en dónde no se asume este riesgo no tiene mayor trascendencia.

Este punto lo platicué con el asesor de tesis, con quien mantuve contacto en asesorías programadas. Aportando ideas para la reflexión, me comentó el uso de la bata como representación de poder. Y una vez indagando más sobre el tema al respecto me encontré que, Tristan y Ruiz (2007) comentan que el significado de la bata blanca expresa un carácter de poder a la figura del portador y dan (por el concepto de ingenuidad del color blanco) seguridad a los pacientes.

La discusión podría mantenerse, sin embargo, por el arraigo que prevalece en la práctica, el significado que se desea comunicar al parecer se seguirá manteniendo.

- De manera general, el haber sido prestador de servicio en el Hospital Psiquiátrico me llevó a generar consciencia sobre lo que a mi parecer es la mayor de las reflexiones: el aspecto emocional en el ser humano repercute directamente sobre cualquier ámbito en el que se desenvuelve el sujeto, en este caso, de vital importancia: en el ámbito educativo y social.

Los alumnos, además de enfrentar los factores característicos a la vida diaria, están expuestos a situaciones que pueden orillarlos a desarrollar conductas de riesgo, como los temas específicos tratados en el taller. Las conductas de riesgo pueden tener un impacto significativo sobre la trayectoria educativa de los estudiantes y sobre su potencial para tener una vida saludable, productiva y plena.

Coincidió, además, que, durante la prestación de servicio social, el presidente electo durante el período 2012-2018 promovió en el año 2012 una reforma educativa. Misma que, posterior a una revisión del modelo vigente en ese momento, la realización de foros de consulta y tres reuniones nacionales culminó en el año 2016 con la presentación de un planteamiento para la actualización del modelo educativo.

Este nuevo modelo educativo, que finalmente entro en vigor en el año 2018 se introdujo un aspecto complementario considerable al currículum habitual: El énfasis en las habilidades socioemocionales.

Las habilidades socioemocionales hasta ese entonces no eran parte de lo que se enseñaba de manera explícita en el Plan de trabajo ni en los fines educativos en la escuela, aunque queda claro que los maestros siempre han trabajado las emociones de los alumnos, aún sin contar con las estrategias y orientaciones didácticas para poder realizarlo de una manera adecuada.

A partir de este nuevo modelo se intenta reconocer la importancia de desarrollar habilidades como autoestima, el autoconocimiento y el trabajo en equipo primordialmente. Este Modelo Educativo describe las características esperadas en el perfil del egresado con relación a las

habilidades socioemocionales en cada uno de los niveles del ciclo educativo de la educación obligatoria, para cada una de las dimensiones.

En el documento *Aprendizajes clave para la Educación integral* se define la educación emocional como un proceso de aprendizaje a través del cual los niños y los adolescentes trabajan e integran en su vida los conceptos, valores, actitudes y habilidades que les permiten comprender y manejar sus emociones, construir una identidad personal, mostrar atención y cuidado hacia los demás, colaborar, establecer relaciones positivas, tomar decisiones responsables y aprender a manejar situaciones retadoras, de manera constructiva y ética.

En el apartado de *las habilidades socioemocionales en el nuevo modelo educativo* define las habilidades socioemocionales como los comportamientos, actitudes y rasgos de la personalidad que contribuyen al desarrollo de una persona. Con ellas los alumnos pueden: conocerse y comprenderse a sí mismos, cultivar la atención, tener sentido de autoeficacia y confianza en las capacidades personales, entender y regular sus emociones, establecer y alcanzar metas positivas, sentir y mostrar empatía hacia los demás, establecer y mantener relaciones positivas, establecer relaciones interpersonales armónicas, tomar decisiones responsables y desarrollar sentido de comunidad.

A la vez, define como propósito que los estudiantes desarrollen y pongan en práctica herramientas fundamentales para generar un sentido de bienestar consigo mismos y hacia los demás, mediante experiencias, prácticas y rutinas asociadas a las actividades escolares; que comprendan y aprendan a lidiar de forma satisfactoria con los estados emocionales impulsivos o aflictivos, y que logren que su vida emocional y sus relaciones interpersonales sean una fuente de motivación y aprendizaje para alcanzar

metas sustantivas y constructivas en la vida. Este nuevo enfoque parte de una visión humanista, en donde se pone al centro a las relaciones humanas y al medio en el que habitamos.

Para su implementación se determinó que el área de Educación Socioemocional se cursará a lo largo de los doce grados de la educación básica. En educación preescolar y primaria está a cargo del docente de grupo. En la educación secundaria recibe el nombre de Tutoría y Educación Socioemocional y su impartición está a cargo del tutor del grupo. Mientras en el nivel medio superior se implementa a través de lecciones divididas en las secuencias didácticas de cada profesor. Más adelante, por mi acercamiento a esta última descripción, la relataré con mayor detalle.

El proyecto, describe los propósitos generales, los propósitos por nivel educativo, el enfoque pedagógico, la descripción de los organizadores curriculares, las orientaciones educativas y las sugerencias de evaluación. Para los efectos de este trabajo, después del análisis del proyecto mencionaré aquellos aspectos que podrían emparejarse a las habilidades que intentamos desarrollar durante el taller, respetando el número del documento original:

Propósitos generales.

2. Aprender a autorregular las emociones y generar las destrezas necesarias para solucionar conflictos de forma pacífica, a partir de la anticipación y la mediación como estrategias para aprender a convivir en la inclusión y el aprecio por la diversidad.

7. Desarrollar la capacidad de resiliencia para enfrentar las adversidades y salir de ellas fortalecidos.

8. Minimizar la vulnerabilidad y prevenir el consumo de drogas, los embarazos no deseados, la deserción escolar, el estrés, la ansiedad, la depresión, la violencia y el suicidio, entre otros.

Con relación a los propósitos por nivel educativo, me centraré únicamente en los dos niveles en los que impartimos el taller (primaria y secundaria):

Propósitos para la educación primaria.

1. Desarrollar habilidades y estrategias para la expresión, la regulación y la gestión de las emociones; el reconocimiento de las causas y efectos de la expresión emocional; la tolerancia a la frustración y la templanza para postergar las recompensas inmediatas.

5. Fortalecer la autoestima para conducirse con seguridad, respeto y sentido de agencia, que es la capacidad para llevar a cabo acciones que generen mayores oportunidades de vida para sí mismo y para los demás.

Propósitos para la educación secundaria.

2. Reforzar la toma de conciencia sobre las propias motivaciones, fortalezas, impulsos, limitaciones; y el sentido de que puede autodirigirse, lo cual es la base de la autonomía y la toma de decisiones libre y responsable.

3. Adquirir habilidades y estrategias asociadas a las dimensiones de autoconocimiento, autorregulación y autonomía, que les permitan identificar, manejar, valorar y actuar conforme a sus propios criterios, intereses y estados emocionales.

6. Afirmar la autoestima y acrecentar la capacidad para tomar decisiones conscientes y responsables, a fin de visualizar las consecuencias a largo plazo de las decisiones inmediatas o impulsivas.

Esta selección de ninguna manera excluye el resto de los objetivos, que más bien, ayudan a reforzar los aprendizajes, su elección se debe exclusivamente, como ya lo comenté, al acercamiento con los objetivos del taller de salud mental brindado durante el servicio social. Surge entonces la inquietud de conocer el cumplimiento de los propósitos citados en la práctica real.

La propuesta de la Educación socioemocional desglosa el enfoque pedagógico empleado para la elaboración del proyecto, durante este apartado considera a las emociones como el aprendizajes moduladas por el entorno sociocultural y que además guardan una relación de pertinencia con el contexto en el que se expresan.

Por ello, se considera para el cumplimiento de los objetivos a los tutores como parte medular al desarrollo integral de los adolescentes.

El area de Educacion Socioemocional propone cinco dimensiones que, en conjunto, guian tanto el enfoque pedagogico como las interacciones educativas:

1. Autoconocimiento
2. Autorregulación
3. Autonomía
4. Empatía
5. Colaboración

Se considera que estas dimensiones dinamizan las interacciones entre los planos individual y social-ambiental, creando y sosteniendo la posibilidad de aprender a ser, aprender a hacer, aprender a aprender y aprender a convivir.

Estas dimensiones marcadas en el programa, favorecen a su vez al desarrollo de habilidades que se buscaban desarrollar con el taller de salud mental, entre las más importantes se encuentran la conciencia de las propias emociones, la autoestima, la expresión y regulación de emociones, la toma de decisiones, reconocimientos de prejuicios asociados a la diversidad, sensibilidad hacia personas y grupos que sufren exclusión o discriminación, comunicación asertiva, inclusión y la resolución de conflictos.

Con respecto la orientación didáctica, el documento plantea una serie de especificaciones que favorecen al cumplimiento de los objetivos establecidos. Plantea principalmente, el papel del docente (de la mano con el módulo constructivista) como facilitador del aprendizaje y un ambiente que de pauta a la convivencia y a la interacción de los participantes.

Se proponen varios tipos de aprendizaje que se pueden implementar como estrategias pedagógicas para el desarrollo de habilidades socioemocionales en los alumnos.

A los monitores responsables de cada nivel educativo, se les proporcionan fichas didácticas para orientar el trabajo en el aula. La estructura de las fichas incluyen: la dimensión, habilidad e indicador de logro al que hace referencia, el título de la ficha, el material que se va a utilizar, la descripción de la actividad y pistas para que el docente aproveche de mejor manera los recursos.

Finalmente se propone una evaluación cualitativa y formativa, entendiendo esta como un proceso de valoración continua y permanente del curso de los alumnos para intervenir oportunamente, ofrecerles la ayuda y el apoyo necesario en el momento apropiado y hacer los ajustes necesarios a la práctica pedagógica, además, describe técnicas e instrumentos para llevar a cabo la evaluación.

A la implementación de la búsqueda de habilidades socioemocionales en educación básica se le suma la incorporación de las mismas en el Marco Curricular Común de la Educación Media Superior a través del programa Construye-T.

Construye-T es un programa de la Secretaría de Educación Pública y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, dirigido a estudiantes de educación media superior cuyo objetivo es mejorar los ambientes escolares y promover el aprendizaje de las habilidades socioemocionales de las y los jóvenes para elevar su bienestar presente y futuro y puedan enfrentar exitosamente sus retos académicos y personales.

Por el acercamiento que mantengo al ámbito educativo en este nivel, he tenido la oportunidad de ser testigo e incluso participe de algunas actividades del mencionado programa.

Primero se describirá la parte operativa (instruccional) del programa, para por último dar las impresiones sobre la efectividad del mismo.

Construye-T a su vez está dividido en tres dimensiones: Conoce-T, Relaciona-T y Elige-T. Dentro de esta división el programa da prioridad a seis de las 18 habilidades socioemocionales y se secuenciarán a través de

los seis semestres. Durante el primer semestre se trabaja el autoconocimiento, en el segundo semestre se trabaja la autorregulación, durante el tercer semestre se trabaja la conciencia social, en el cuarto semestre se trabaja la colaboración, en el quinto semestre se trabaja la toma de decisiones responsables y finalmente en el sexto semestre se trabaja la perseverancia (Secretaría de Educación Pública, 2019).

Las habilidades socioemocionales se incorporarán al currículo con un enfoque mixto:

* Por una parte se enseñan de manera específica y con actividades encaminadas a conocerlas, y practicarlas, (es decir no como parte del contenido de las demás materias del marco curricular común).

* Por otra, las enseñan todos los maestros incorporando a su programa de trabajo una sesión semanal dedicada al desarrollo de habilidades socioemocionales.

Para su implementación los profesores del plantel incorporan a sus clases la enseñanza de las habilidades socioemocionales a través de una sesión de 20 minutos una vez a la semana. Los docentes de todos los grados cuentan con un manual que incluye distintas actividades, que deben impartirse dentro del salón de clase. Además, se capacita a los docentes para la enseñanza de habilidades socioemocionales.

En la práctica, debido a su implementación reciente, se cuenta con algunas deficiencias que se podría suponer, disminuirán al paso del tiempo. Sin embargo, se presenta el agravante de desconocer si se le dará continuidad en el Nuevo modelo que desplace la propuesta citada en este trabajo.

Entre los aspectos que se encuentra pueden mejorar están:

- A pesar de que los profesores están en constante capacitación, son múltiples las actividades que tienen que realizar y además toman otros cursos de manera alterna. Esto provoca el atraso en la capacitación en línea que reciben o incluso el incumplimiento con respecto a la fecha límite que se les asigna.

En el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México (CECTYTEM) donde laboro actualmente, una administrativa con función de orientadora es la encargada de llevar a cabo el programa. Ella, es la responsable del programa ante la dirección general del colegio, quien realiza supervisiones para corroborar la implementación de las actividades marcadas en el programa.

Durante los cuerpos colegiados marcados en el calendario escolar, exhorta a los profesores a la capacitación en línea que arroja como resultado la constancia al término del curso, que sirve como evidencia. Sin embargo, no todos los docentes siguen la petición y en promedio el incumplimiento de la constancia alcanza un 50%.

- Derivado del primer punto (y a pesar de que como ya se mencionó, los profesores siempre han trabajado el lado humano de sus alumnos) tratar temas de carácter emocional podría generar mejores resultados si quienes los trabajan son especialistas de la salud.

Las prácticas de cada profesor se diferencian, es indudable el hecho que cada uno de nosotros cuenta con algunas habilidades más desarrolladas que otras. Esto abarca también la práctica docente, encontrando profesores que generan mayor empatía con sus alumnos que otros, los docentes se

asignan a los grupos según su perfil educativo (con relación a la carrera de los alumnos) y por ello, la práctica del programa a su vez, se diferencia entre los grupos.

Resulta más pertinente pensar en el hecho de que sea un especialista de la salud mental quien se encargue de implementar el programa a toda la población en general, aunque tenga en cuenta que los recursos asignados no favorezcan esta idea.

- El programa marca recomendaciones para generar espacios óptimos que de pauta al desarrollo de las habilidades socioemocionales, sin embargo no todas se cumplen. A pesar de que el docente genere las condiciones “seguras” en donde el alumno es capaz de expresarse con la suficiente seguridad y confianza que el reto implica, se observa que los alumnos en muchas de las ocasiones no son realizan la actividad de forma conciente y más bien la llevan a cabo por el solo hecho de cumplirla.
- Lo cual, hace suponer otra área de oportunidad: ¿Cómo generar en los alumnos la motivación para que vean estas actividades con la importancia que deben ser tomadas?
- El tiempo asignado para las actividades en realidad no son suficientes para realizar la actividad de forma pertinente. Este aspecto se ha mencionado de manera reiterativa durante los cuerpos colegiados, en donde hay un consenso general por parte de los docentes que argumentan que los tiempos marcados no permiten una reflexión más a fondo en la práctica.

A pesar de que hay áreas de oportunidad en las cuales se puede trabajar para su mejoramiento, también hay aciertos que deben ser reconocidos. De manera general se encuentra que, al adolescente a quien se le acompaña,

genera más fortalecimiento en los aspectos socioemocionales, además, cuenta con más herramientas para afrontar y evadir riesgos.

La tutoría es el mecanismo mediante el cual se puede acompañar a los estudiantes y apoyarlos a fortalecer su capacidad socioemocional, cognitiva y de aprendizaje.

Para dar cierre a este capítulo es indispensable hacer un par de reflexiones más:

- Para la realización de un trabajo recepcional como el que se está presentando, se es necesario plantearse un cronograma de actividades al cual se le debe tener el mayor apego posible en el cumplimiento de los objetivos.

En consenso con mi asesor, se programaron asesorías los días sábados y en período vacacional en una cafetería en el centro de Tlalpan. Dichas asesorías tuvieron el objetivo de la retroalimentación de lo escrito y la orientación de los capítulos que estaban en proceso de escritura.

Estas asesorías fueron de gran utilidad y agilizaron en gran parte el término del trabajo. El apoyo recibido durante este proceso quedará atesorado como muestra del gran compromiso de los académicos con su profesión.

Además, culminar con el proyecto me genera un gran entusiasmo para seguir planteándome metas a futuro.

- Finalmente, con base en todas las actividades realizadas durante el servicio social que han sido descritas en este trabajo, resulta incuestionable el hecho de que un Pedagogo puede incursionar en el ámbito laboral dentro

de un Hospital Psiquiátrico. Obviamente, su incursión se limitaría a áreas específicas (psiquiatría comunitaria y enseñanza) por las funciones que se desempeñan, dejando fuera aquellas áreas que tengan el objetivo directo del tratamiento y rehabilitación del paciente (el aspecto clínico).

Aún con esta apreciación, dentro de las plazas que oferta el Hospital hasta el momento de mi culminación de servicio no se encontraban contempladas ninguna para el perfil del Pedagogo.

PROPUESTAS

El haber cumplido con las actividades encomendadas en el taller generó reflexiones que se expusieron en el capítulo anterior. De estas reflexiones críticas se desprenden las propuestas que surgen con la intención de su posible implementación en los talleres psicoeducativos que apliquen quienes elijan su servicio social en el área de psiquiatría comunitaria en un futuro:

- Para los talleres, según las pláticas que se tuvo con los médicos psiquiatras encargados de desarrollar los talleres en las escuelas que lo solicitaban, siempre se han contemplado a aquellos alumnos que se consideran mayormente beneficiados con el mismo. Esto significa que, en todos los casos, los maestros frente a grupo son quienes seleccionan a los alumnos que van a ser partícipes del taller. La selección de los alumnos se basa en los criterios personales de los docentes y sus criterios nunca son cuestionables.

Se intuye (sin que nadie del servicio lo haya confirmado), que la selección se debe a la intención de trabajar con un número reducido de alumnos para ofrecer una atención más personalizada. Sin embargo, el excluir a un gran porcentaje de alumnos del taller sesga por una parte, ampliar la red de información y por otra que se considera más importante, desfavorece la concientización de los beneficios de tener una correcta salud mental.

Con ello, se quiere dar a entender que mientras más comunidad cuente con el conocimiento de los principales trastornos mentales, más agentes pueden intervenir en el apoyo de aquellos que necesiten ayuda.

Dentro de los temas que se trabajan en el taller, se puntualizaran ejemplos que refuercen esta idea:

- Quienes tienen un mayor compromiso con los alumnos detectados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad son los docentes, sin embargo, que todo el grupo cuente con los conocimientos sobre el trastorno, puede posibilitar el apoyo a los alumnos detectados en sus actividades diarias a realizar, favoreciendo con ello la integración grupal.
- Como se mencionó, las principales propuestas para contrarrestar el Bullying apuesta a los espectadores pasivos, durante el taller se explicó las características de estos programas, pero la información se retuvo únicamente en los asistentes al mismo, y algunos de ellos sus profesores los consideraban bulleadores o bulleados. Para dar pertinencia a este tipo de programas, se debería brindar la información al resto de los alumnos, quienes son en su mayoría, los actores pasivos de bullying.
- Hay algunos trastornos en especial, en que los compañeros pueden detectar y dar aviso al profesor frente a grupo. Los alumnos se relacionan con un grupo selectivo de amistades, y es este lazo el que permite una comunicación amplia. En muchas ocasiones entre iguales se genera la confianza suficiente para comunicar sus sentimientos unos a otros.

Siguiendo esta idea, no es suficiente, por ejemplo, brindar el tema de depresión y suicidio o trastornos alimenticios a alumnos seleccionados, porque únicamente serviría para que ellos auto detecten algún problema. La idea con ampliar el taller al resto de la población, es que toda la comunidad estudiantil cuente con la información necesaria que les permita detectar a sus iguales ante algún indicio de riesgo.

- El riesgo de consumo de sustancias se extiende a toda la población estudiantil. El contar con la información pertinente al respecto favorecería el apoyo entre compañeros e incluso fomentaría la canalización de energía a actividades grupales beneficiarias a la salud.

En general pues, se entiende que todos estamos expuestos a desarrollar algún tipo de trastorno mental, y debido a ello, es necesario que el taller psicoeducativo de salud mental sea considerado para toda la población estudiantil en todos los niveles y modalidades.

Ante la necesidad de cubrir esta carencia, es que el sistema educativo propone implementar las habilidades socioemocionales en el currículo básico, habría que esperar si se le da continuidad en el nuevo modelo educativo que plantee el actual gobierno.

- La segunda propuesta va encaminada al seguimiento a los alumnos que han participado en los talleres psicoeducativos.

El área de psiquiatría comunitaria, limita sus actividades a la impartición de talleres a las escuelas que lo solicitan, estos talleres tienen propósitos que se pretenden cumplir en su impartición. Al final de los mismos, una evaluación por parte de los participantes se toma como parámetro para determinar si dichos objetivos se cumplieron satisfactoriamente. Sin embargo, una vez culminados los talleres, se reanuda la impartición de los mismos en otra escuela nueva, sin que se les dé el seguimiento oportuno a los alumnos que fueron participes de talleres anteriores.

El llevar a cabo un seguimiento de alumnos permitiría ver el impacto del taller en un mediano y largo plazo. El impacto se puede medir con relación a la conducta de los alumnos. Es decir, en un mejoramiento de la conducta que presenten, recordando que en la mayoría de casos los alumnos

seleccionados para tomar el taller presentaban dificultad para adaptarse a su entorno social.

Para llevar a cabo este seguimiento es necesario mantener contacto con las autoridades de los planteles con los que se ha trabajado, fungiendo estos como observadores de la conducta de sus alumnos, información que una vez dicha a los profesionales de la Salud, apoyarían a clarificar si se están cumpliendo los objetivos del taller.

Estos acercamientos se pueden realizar en un lapso de 3 o 6 meses después de culminar el taller psicoeducativo.

Con base en el cumplimiento o no de los objetivos, se puede hacer una evaluación oportuna a los talleres para realizar ajustes y adaptar las estrategias pertinentes que tengan como objetivo la mejora de resultados.

Este seguimiento permitiría por último, la rendición de cuentas como área de la Institución psiquiátrica.

CONCLUSIONES

De manera general, una vez culminado el servicio, el acercamiento a la practicidad de la teoría con relación a la planeación educativa que se empleó durante la impartición de talleres permitió reforzar lo aprendido dentro de las aulas como estudiante.

En parte, esto originó retos por lo que significa el desarraigo de los hábitos originados al interior de las prácticas académicas para enfrentar lo que hasta ese momento no conocía, es decir, la transición de lo imaginario a la práctica real.

En la práctica, el aprendizaje va a la par con el desarrollo de las actividades. El trabajar con un equipo interdisciplinario favoreció acceder al enfoque de otras disciplinas, comparar los aprendizajes adquiridos con los conocimientos de otros con profesiones distintas. El trabajar con quienes en ocasiones tienen puntos de vista que difieren al tuyo, coadyuvó a crear consenso y acuerdos para el bien común.

La práctica, permitió conocer las dificultades que representa incursionar en el ámbito educativo y todas las satisfacciones que te permite la misma. Además, el realizar el servicio en el Hospital psiquiátrico, como se mencionó, me permitió acceder a cursos de formación que a través de constancias avalan el conocimiento obtenido; y la convivencia e interacción con distintos agentes del hospital me permitió introducirme en el campo laboral con pacientes psiquiátricos.

Este acercamiento con el ámbito laboral se dio a través del acompañamiento psiquiátrico, trabajo que, a su vez, generó nuevos aprendizajes, debido a conocer otra manera de convivir con pacientes con algún trastorno mental (y no solo trabajarlo desde el punto preventivo).

Principalmente, y siguiendo la razón del porqué se eligió el servicio de psiquiatría comunitaria para prestar el servicio social, la realización del mismo no solo originó un conocimiento sobre salud mental y todo lo referente a ella, más bien, desarrolló una reflexión crítica sobre la importancia que conlleva el tener una buena salud mental.

Esta conciencia que se adquirió tras la realización del servicio, generó el compromiso de compartir con quienes permiten hacerlo el conocimiento y de esa manera ampliar la red de protección.

El ejemplo de lo que se acaba de describir, se ve reflejado en el ámbito laboral actual, sirviendo el antecedente en el Hospital para la detección de aquellos alumnos que requieren el apoyo de un profesional de la Salud mental.

Queda claro que hay especialistas en el tema, y que son estrictamente ellos quienes deben de responsabilizarse de tratar a pacientes con algún trastorno mental, sin embargo, como profesionales de la educación, quienes estamos en contacto directo con los alumnos, debemos como mínimo, tener un conocimiento sobre los trastornos mentales con mayor epidemiología en los alumnos, para que ello permita el apoyo pertinente de quienes lo necesiten.

ANEXOS

ShawnCoos es el ilustrador que ha presentado gráficamente cómo se siente vivir con un trastorno mental.



© ShawnCass



TLP México **ANSIEDAD**

© ShawnCass



TLP México **TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN**

© ShawnCass



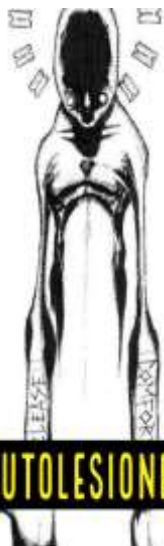
TLP México **TRASTORNO BIPOLAR**

© ShawnCass



TLP México **TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN**

© ShawnCass



TLP México **AUTOLESIONES**

© ShawnCass



TLP México **ESQUIZOFRENIA**



TLP México **INSOMNIO**

REFERENCIAS

- Andreozzi, M. (2011). *Memoria Académica*. Obtenido de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5431/pr.5431.pdf consultado el 22 de junio de 2018.
- Aguilar, G. (14,08,2018). "Bullying", el terror escolar en México. Milewnio. Recuperado de <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/bullying-el-terror-escolar-en-mexico> el 12 del 01 del 2018.
- Bobes, J., Giner, J., & Saiz, J. (. (2011). *Suicidio y psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Comunitaria, S. d. (2017). *Programa Anual de trabajo 2017*. México: Hospital Psiquiátrico "Fray bernardino Álvarez".
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras de suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 117-126.
- González Elonieta, C. (2017). *TDHA: Nuevas estrategias de diagnóstico e intervención*. España: Punto Rojo Libros.
- Hogarty, G. M., Anderson, C., & Reiss, D. (1986). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- López Ramo, H. (2016). *Los once tipos de familia en México*. DDT.
- Milic, N. (2014). *Aprendizaje socioemocional: El programa BASE (Bienestar y Aprendizaje Socioemocional) como estrategia de intervención en el contexto escolar*. México: Paidós.

Monje Álvarez, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Guía didáctica. Colombia: Neiva.

Montoya, M., & Sol, C. (2001). *Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano*. México: Pax.

PERCIA, M. (2001). "Ideas que responden, preguntas que no cesan. Para una clínica de las instituciones". En: DUSCHATZKY, S. y BIRGIN, A. (comp.). *¿Dónde está la escuela? Ensayos sobre la gestión institucional en tiempos de turbulencia*. Buenos Aires: FLACSO-Manantial.

Secretaría de Educación Pública. (2017). *Aprendizajes clave para la educación integral. Plan y programas de estudio para la educación básica*. México: Secretaría de Educación Pública.

----- (24 de enero de 2019). *Programa Construye T*. Obtenido de Secretaría de Educación Pública: www.construye-t.org.mx/inicio/hse consultado el 10 de enero de 2019

Secretaría de Salud. (2004). *La reforma estructural del sistema de salud en México. Financiamiento justo y protección social Universal*. México: Secretaría de Salud.

Silva-Escorcia, I., & Mejía Pérez, O. (enero-abril de 2015). *Autoestima, adolescencia y pedagogía*. Obtenido de Revista electrónica EDUCARE: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1.13> consultado el 09 de septiembre de 2018

Subdirección de los Servicios Ambulatorios (2017). *Programa Anual de Trabajo 2017*.

Trabajo, G. d. (2011). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida I. *Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Salud Política Social e Igualdad.

Tristán Fernández, J. M., Ruiz Santiago, F., Villaverde Gutiérrez, C., Maroto Benavides, M. R., Jiménez Brobeil, S., & Tristán Tercedor, M. R. (2007). *Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos*. Obtenido de ANTROPO: www.didac.ehu.es/antropo consultado el 15 de diciembre de 2018

Vich, V., & Zavala, V. (2004). *Oralidad y poder*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Viscardi, N. (2011). *Programa contra el acoso escolar en Finlandia: un instrumento de prevención que valora el respeto y la dignidad*. Obtenido de Periódicos Electrónicos en Psicología: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542011000100003&lng=pt&tlng=es consultado el 5 de abril de 2018