



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

Licenciatura en Psicología Educativa

EL PAPEL DEL PSICOLOGO EDUCATIVO DENTRO DE UNA CASA DE ASISTENCIA
CON PACIENTES QUE TIENEN ESQUIZOFRENIA

Presenta:

Bautista Conde Lucia

Asesora:

Dra. Alicia Rivera Morales

Modalidad:

Informe de Intervención Profesional

Ciudad de México

Noviembre 2021

Agradecimientos

Emmanuel y Fátima

Cariños míos, les prometo que esta no será la única dedicatoria que podrán leer de mí para ustedes en un trabajo profesional. Estuve a punto de dejar mi carrera porque ustedes venían en camino, sin embargo, preferí seguir estudiando para que al igual que yo conozcan otro mundo, con una perspectiva diferente de la vida y de lo que tienen hoy en día. Me acompañaron en un proceso que al principio se veía muy lejos, y que tuvo sus momentos complicados pero aquí están conmigo y eso es algo que nunca olvidaremos.

Espero que así como yo, cuando crezcan encuentren el rumbo de lo que los haga feliz y que nunca dejen que alguien les diga que no pueden, yo siempre estaré a su lado para disfrutar esa felicidad con ustedes. Los amo con todo mi corazón, gracias por estar en mi vida y darme un motivo más para terminar la carrera.

José Roberto Calles León:

Tu sabes todo lo que significas en mi vida, más allá de todo lo que te puede haber dicho o demostrado ya desde hace 11 años, he pensado un millón de razones para agradecerle a la vida, a Dios y a quien está detrás de todo esto, pero estoy completamente segura de que sin ti no hubiera podido lograrlo, hubiera dejado mis sueños en tan solo un recuerdo, pero tú me diste una razón más para cumplir mi sueño.

Dentro de todo lo vivido, me enseñaste que la felicidad es que tu vida no debe estar condicionada a algo o a alguien, que no hay secretos, que no debo reprimir mis deseos, que no debo dejar de ser yo... Tú me das la felicidad que tanto necesito.

El amor, es un sentimiento de vivo afecto e inclinación hacia una persona o cosa a la que se le desea todo lo bueno, definido por el diccionario. Desde que comenzó mi historia contigo, puedo decir que me siento amada por ti, sé que me deseas todo lo bueno, porque día a día te encargas de demostrármelo, te puedo decir que de mi parte hay también una inmensa cantidad de amor para ti, sé que no soy la mejor para expresar lo que me haces sentir y lo que siento por ti, y eres sin duda, la mejor persona de la que me pude haber enamorado, lamento si estas palabras nos son suficientes para dejarlo plasmado.

La vida... para mí ha sido un cumulo de emociones, que en más de una ocasión me ha hecho ver que eres sin duda la persona con la que quiero envejecer, me hace revivir momentos y recordar instantes que han hecho volcar nuestras vidas de extremo a extremo, pero a fin de cuentas que sería de la vida sin los malos ratos, no podríamos apreciar todo lo bueno que tenemos o simplemente entraríamos en una zona de confort.

Los sueños... desde niña soñaba con muchas cosas y uno de esos sueños era encontrar una persona que me defendiera de todo, que yo fuera su prioridad, que me demostrará en las buenas y en las malas que yo le importaba, que confiara en mí, que respetará mis decisiones, y sin buscarte te encontré, hoy por hoy sé que un sueño no solo significa anhelar algo, sino es también insistir, persistir, resistir y nunca desistir. Lo sé porque lo veo todas las mañanas cuando te vas a trabajar,

para que nuestra familia sea la mejor que antier y que ayer, y que este en el lugar que hemos querido.

Tú me das felicidad, amor, vida y sueños para seguir en este camino, y sin dudarlo, lo volvería hacer contigo. Pídele al universo todo lo que quieras y él, se encargara de regresarlo.

Lucila Graciela Conde Hernández:

No sé cuál fue tu reacción cuando te enteraste yo que venía en camino y mucho menos cuando nací, pero sin duda alguna, te llenaste de ilusiones y tu vida cambio por completo.

Aún recuerdo tu reacción cuando termine el kínder, la primaria, la secundaria, la preparatoria y cuando fue la ceremonia de graduación de la universidad, fuiste mi impulsora, mi motivo más grande para salir adelante, y para nunca dejar la carrera.

Siempre has estado ahí, llevando y trayendo, caminando y corriendo, dormida y desvelada, triste y alegre, llena de vida y cansada, pero juntas y este trabajo profesional, es mío sí, pero tú eres una de las personas que estuvo detrás de esto, porque me apoyaste económicamente, emocionalmente, con mis hijos y me enseñaste a ser mamá.

Hace casi 28 años que tú y yo estamos juntas y así seguirá siendo por el resto de nuestras vidas.

Edith Bautista Conde

Sin duda alguna, eres la persona que me ha hecho conocer los distintos matices que tiene la relación de hermanas, estas con mis hijos y eso te lo voy agradecer siempre.

Job Bautista Bautista

Me enseñaste a no depender de nadie, a que si iba hacer algo lo hiciera bien, fuiste un papá ausente y aunque haya sido a así, no dudo que te alegras por mi aunque sea un poco.

Gracias a lo que eres con mi hermana y conmigo, se lo que quiero de un hombre y lo que no.

Pedro Conde Bautista y Zenaida Hernández Bautista

Aunque ya no están el plano terrenal, están de manera espiritual, mis abuelos.

A mi abuelito... estuviste conmigo desde que tenía 1 años 6 meses y nunca te separaste de mí, siempre alegre, lleno de vitalidad y con un monto de ilusiones; recuerdo cuando me decías “*lean mijitas, aunque sea un periódico*”, ahora que estoy a punto de entregar el trabajo profesional más importante de mi vida se la magnitud de esas palabras y el alcance que tuvieron en mi vida.

No pudimos despedirnos como hubiéramos querido, pero sé que estas orgulloso de lo que estamos logrando mi mamá, mi hermana y yo.

Zenaida... siempre fuiste como un roble hasta el último momento de tu vida, eras la mujer con el carácter más duro que he conocido en mi vida y recuerdo tu comida y tus ganas de enseñarme hablar náhuatl.

Me enseñaste lo que quiero y lo que no quiero en la vida y eso siempre te lo voy agradecer.

A mis cuñadas y a mi suegra

Por su apoyo con mi esposo y mis hijos, mientras yo no estaba.

Dra. Alicia Rivera Morales

Por su paciencia, por su manera de enseñarme, por echarme porras desde su papel como maestra y después como tutora, por siempre creer en mí.

Por todo lo compartido y enseñarme que hay cosas que pueden cambiar mi vida, pero que siempre depende de mí.

Universidad Pedagógica Nacional

Por darme las herramientas teóricas y prácticas para ejercer la labor profesional como Psicóloga Educativa, por brindarme una casa de estudios a la cual puedo presumir en todos los aspectos.

Índice

Resumen.....	6
Introducción	8
Bloque I. Punto de Partida el Plan de Servicio	13
Capítulo I. El Programa de Servicio Social de la Upn	13
Capítulo II. El Escenario del Servicio Social: Institución de Asistencia Social Privada	20
2.1 Origen de las Instituciones de Asistencia Social Privadas	20
2.2 Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.	30
Capítulo III. Marco Conceptual	38
3.1 Trastornos Mentales.....	38
3.1.1 Esquizofrenia	42
3.1.2 Criterios de Diagnósticos	51
3.1.3 Tratamientos.....	56
Bloque II. Desarrollo y Evaluación del Servicio Social	63
Capítulo IV. Desarrollo del Servicio Social.....	63
4.1 Diseño y Desarrollo del Taller de Habilidades Sociales y de Comunicación.	67
4.2 Trabajo con Pacientes	85
Capítulo V. Relación de la Práctica con el Perfil de Egreso del Psicólogo Educativo	98
5.1 Mirada retrospectiva de la formación	100
5.2 Los Aprendizajes, Dificultades, Alcances	102
5.3 Valoración de la Práctica	103
Conclusión	107
Referencias.....	110

Resumen

El presente proyecto lo realice dentro de los requerimientos solicitados para obtener el título de Licenciatura en Psicología Educativa, uno de los requisitos obligatorios es haber realizado el servicio social en uno de los programas internos o externos, en la búsqueda encontré Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. en la Ciudad de México en la delegación Iztapalapa, dentro del mismo, realice un informe de intervención profesional, que lleva por título el papel del psicólogo educativo dentro de una casa de asistencia con personas que tienen esquizofrenia.

El nombre del programa es *Asistencia y acompañamiento al paciente con discapacidad psicosocial y/o mental*, en donde mi objetivo fue *mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia*.

A partir de ello, desarrolle un plan de acción realizando las siguientes actividades:

- Supervisión y coordinación de actividades de la vida cotidiana de los residentes de la comunidad terapéutica
- Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos

En esta actividad realicé el diseño y desarrollo de un taller que llevo por nombre:

“Taller de habilidades sociales y de comunicación”

Las actividades que considere fueron: actividad física, brain gym y terapia ocupacional.

Consto de 71 sesiones durante 6 meses.

- Atención individual o grupal a los huéspedes residentes de la comunidad
- Actividades de acompañamiento terapéutico.

Uno de los resultados obtenidos durante la práctica fue la falta de constancia en las actividades para obtener mejores resultados y ver el alcance de estas en los pacientes, además de la importancia del psicólogo educativo en esta comunidad de aprendizaje.

Introducción

Me gusta el tema de la discapacidad, pues considero que son personas que realizan las mismas actividades que una persona “normal” y que tienen los mismos derechos, ya que son cuerpos que tienen órganos, que las partes del cuerpo o todo su cuerpo funcionan de manera distinta, que realizan las actividades habituales, tales como, desplazarse, leer, agarrar, vestirse, ir al baño, comunicarse, entre otros, y que por cualquier razón son discriminadas.

Hace algún tiempo, tuve la oportunidad de realizar prácticas profesionales en Domus Instituto de Autismo, en donde conocí acerca del tema, el tratamiento para cada uno de los pacientes, pues aunque es el mismo diagnóstico se presenta de diferente manera en cada uno de las personas, sin duda, lo que más me interesó fue que para iniciar las actividades del día, comenzaba con Brain Gym o Gimnasia Cerebral, y según Riveros (2013) dice que es un programa basado en movimientos que utilizan sencillos ejercicios para integrar totalmente el cerebro y el cuerpo, preparándonos con habilidades físicas que necesitamos para realizar eficazmente cualquier tarea en el ámbito educativo, psicosocial o como técnicas psicoterapéuticas para ser aplicadas a personas de la tercera edad, también en problemas emocionales, como lo son: depresión, ansiedad, falta de concentración, miedo, dolor de cabeza, entre otros. Por cuestiones de tiempo, no supe si tuvo un impacto negativo o positivo en las personas.

Tiempo después, llegué a Casa de Medio Camino A.C., para realizar el servicio social, pues es uno de los requisitos para poder titularme, entre a la página del Centro de Atención a Estudiantes (CAE), principalmente me enfoqué en los programas externos, pues debía estar cerca

de mi hogar por mis hijos, aunque también considere el programa al que iba dirigido y la institución, pues había algunos lugares en los que tenías que hacer muchos trámites y eso me llevaría más tiempo, en la exploración encontré el programa *Asistencia y acompañamiento al paciente con discapacidad psicosocial y/o mental*.

Pedí una entrevista, me gustó mientras transcurría la conversación con el Director, salió un paciente con movimientos fuera de lo común, me asombre, sentí miedo, pues no sabía a lo que me enfrentaba y no conocía nada acerca de los padecimientos que trataba dicha institución, el Director me expresó que él era uno de los huéspedes y debía de trabajar con él y con el resto de los huéspedes si yo decidía aceptar, con todo lo que implicaba.

El Director me explicó que trabajaban en la rehabilitación y asistencia de pacientes con trastornos mentales y sociales, y las principales actividades que yo iba a desempeñar era supervisar a los huéspedes en sus actividades diarias; planear, coordinar y ejecutar un taller terapéutico; así como, atención individual o grupal a los huéspedes de la comunidad; también la planeación y coordinación de actividades lúdicas o recreativas dentro y fuera de la comunidad terapéutica y actividades de acompañamiento terapéutico.

Uno de los trastornos con mayor número de pacientes dentro de la institución, es la esquizofrenia y es un padecimiento psicótico que persiste durante 6 meses, incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía y síntomas negativos). Esta enfermedad se asocia a una marcada disfunción personal,

social y laboral condicionando la dependencia del paciente hacia terceras personas y una inversión económica para familiares y para el estado. (Campero, 2009).

Según Mejía (2018), existen alrededor de 21 millones de personas, siendo el 57.14% de prevalencia en varones, equivalente a 12 millones de hombres, resalto que los hombres se niegan a aceptar que tienen depresión por cuestiones culturales como los prejuicios que se comparan a los trastornos mentales con debilidad, y la restricción demuestran sus sentimientos de tristeza, para no parecer vulnerables socialmente.

Si bien los trastornos mentales, en específico, la esquizofrenia, son una limitante, no debería ser considerada una discapacidad, que imposibilite a la persona afectada a tener una buena calidad de vida.

Es por eso que el objetivo de este trabajo es mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia a través de un taller de habilidades sociales y de comunicación, además de una serie de actividades que son esenciales para el desarrollo de las personas con dicho padecimiento.

Para tal cosa, el marco referencial de este proyecto está estructurado en 5 capítulos, en los cuales abordé temas relacionados con los trastornos mentales que son el eje central de este trabajo.

En el primer capítulo “El Programa de Servicio Social de la Universidad Pedagógica Nacional” describo el servicio social dentro de la universidad, y el plan que la institución presentó al Centro de Atención Estudiantil (CAE).

En el segundo capítulo “El escenario del servicio social: Institución de Asistencia Social Privada” habló de como nacen las instituciones de asistencia privada, así como, del surgimiento de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. y de la organización de la institución.

En el tercer capítulo “Marco conceptual” menciono a los trastornos mentales, y sin duda, a la esquizofrenia y los subtipos, además de los criterios de diagnóstico y los tratamientos que se han probado.

En el cuarto capítulo “Desarrollo del Servicio Social” describo las actividades que realice desde el diseño y desarrollo de un taller al que llame “Taller de habilidades sociales y de comunicación” y el trabajo que realicé con cada uno de los pacientes.

En el quinto y último capítulo “Relación de la práctica con el perfil de egreso del psicólogo educativo” menciono la formación que recibí, y que, me ayudó a realizar este proyecto y mi taller, así como los aprendizajes, las dificultades y los alcances que obtuve durante este trayecto.

Para seguir con este proyecto, diré que los tiempos están cambiando y con ello la sociedad misma, pues nos enfrentamos a una realidad más compleja y a nuevas formas de trabajo y de

aprendizaje, que debemos estar informados y actualizados con respecto a los temas de los que se hablan en el mundo, no solo de educación, sino también de política, economía, redes sociales, y entre otros que marcan el rumbo de nuestra vida.

Hablar de esquizofrenia, es un tema complejo y para un psicólogo educativo lo es aún más pues se tiene que intervenir de manera general, es decir, no solo con la persona que requiere la atención sino también con su familia, y sobre todo con la sociedad, pues se deben analizar varias situaciones que afectan o favorecen el desarrollo de la persona.

En este caso la esquizofrenia, merma muchos aspectos de la vida de un paciente, sin embargo, eso no significa que no pueda sentir, comunicar o realizar sus actividades de manera independiente y ser parte de una sociedad; y para lograrlo es necesario realizar adaptaciones en el medio y en la realización de tareas que vayan de lo sencillo a lo complejo, y que sin duda, será con ayuda. Así mismo, los trastornos mentales son un tema que debería tener la suficiente difusión por cuestiones sociales, educativas, médicas y políticas.

Bloque I. Punto de Partida el Plan de Servicio

Capítulo I. El Programa de Servicio Social de la Upn

En su página web <https://www.upn.mx/index.php/comunidad/104-admision> la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) menciona que el servicio social es una actividad formativa y de servicio social, es decir, por un lado afirma y amplía la información académica del estudiante, y por otro, fomenta en él una conciencia de solidaridad con la sociedad a la que pertenece. El Servicio Social se presta con carácter temporal obligatorio; además, es un requisito académico indispensable para la titulación. Se requiere cumplir como mínimo con el 70% de los créditos de tu carrera, los que obtienes al concluir en forma regular el sexto semestre. Se realiza en un tiempo no menor de seis meses, ni mayor de dos años y cubrir 480 horas como mínimo. Se recomienda que debe ser continuo a fin de lograr los objetivos planteados en el programa.

(Universidad Pedagógica Nacional, 2019)

Los programas de servicio social internos y externos son dos opciones donde puedes realizar el servicio social. Dentro de los programas externos, encontré Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., institución de asistencia social con la facultad de brindar atención a personas con trastornos mentales y/ o sociales. A continuación describo tal como aparece en la página de servicio social de la UPN. (Universidad Pedagógica Nacional, Servicio social, 2019).

Tipo: Externo

Nombre: Asistencia y acompañamiento al paciente con discapacidad psicosocial y/o mental.

Descripción:

- 1. Supervisión y coordinación de actividades de la vida cotidiana de los residentes de la comunidad terapéutica.*
- 2. Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos*
- 3. Atención individual o grupal a los huéspedes residentes de la comunidad terapéutica*
- 4. Planeación y coordinación de actividades lúdicas o recreativas dentro y fuera de la comunidad terapéutica*
- 5. Actividades de acompañamiento terapéutico*

Objetivo:

Estimular el desarrollo de los pacientes con discapacidad psicosocial y/o mental, implementando las estrategias y abordajes terapéuticos necesarios para incrementar el desarrollo de las áreas libres de conflicto, que los habiliten para una mejor estancia dentro y fuera de nuestra comunidad terapéutica.

Impacto social:

Promover la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial y/o mental.

Metas:

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial y/o mental. Fomentar procesos de inclusión en los ámbitos laboral, educativo, familiar y social consolidar la adherencia terapéutica y la conciencia de enfermedad en las personas con discapacidad psicosocial y/o mental.

Clasificación del Programa:

- Apoyo comunitario*

Apoyos:

- *Comedor*

Beca:

\$250.00 quincenal

Ubicación: Comunidad terapéutica

Días: de lunes a sábado

Horario: Mixto

Funciones:

- *Pedagogo (a)*
- *Psicólogo (a) educativo(a)*
- *Diseño y actualización curricular*
- *Apoyo al programa*
- *Apoyo psicopedagógico*
- *Apoyo psicológico*

Actividades:

- *Supervisión y coordinación de actividades de la vida cotidiana de los residentes de la comunidad terapéutica*
- *Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos*
- *Atención individual o grupal a los huéspedes residentes de la comunidad*
- *Planeación y coordinación de actividades lúdicas o recreativas dentro y fuera de la comunidad terapéutica*
- *Actividades de acompañamiento terapéutico.*

(Universidad Pedagógica Nacional, Servicio social, 2019)

Con base en el plan propuesto por la instancia receptora, diseñé mi plan para prestar el servicio social en Asistencia psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

Mi plan está basado en el programa que la institución presentó en el Centro de Atención Estudiantil (CAE).

Descripción

1. Supervisión y coordinación de las actividades diarias de los pacientes, que va desde despertar, bañar, tener buena higiene y aliño, desayunar, caminar, además de realizar actividad física.
2. Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos, en los cuales deben estar incluidos todos los huéspedes, sus edades comprenden desde los 26 a los 67 años. Algunos de ellos tienen problemas de motricidad gruesa.
3. Atención individual o grupal a los huéspedes de la comunidad, hay huéspedes que necesitan mayor atención debido a la condición motriz que presentan.
4. Planeación y coordinación de actividades lúdicas o recreativas dentro y fuera de la comunidad terapéutica, se busca que los huéspedes puedan tener interacción social entre ellos y personas ajenas a la comunidad.
5. Actividades de acompañamiento terapéutico, para que puedan tener una buena calidad de vida.

Justificación

Tiene como objetivo incluir a las personas con discapacidad psicosocial y/o mental, además de realizar actividades que les permitan tener una buena calidad de vida, eso incluye

poder estimular sus sentidos, sus habilidades sociales y comunicación, sin dejar a un lado la parte académica.

Objetivos.

1. Conocer a la comunidad con discapacidad psicosocial y/o mental.
2. Estimular a la comunidad con actividades que les permitan tener interacción con los otros.
3. Impartir un taller que beneficie a la comunidad mediante actividades manuales.
4. Ejercitar a la comunidad realizando actividad física.

Funciones

1. Psicólogo Educativo. Acompañando a la comunidad a que se integre a una vida social dentro y fuera de la casa, y por tanto promover la inclusión de las personas con discapacidad social y/o mental, tanto en el ámbito laboral, como en el académico y social.
2. Apoyo al programa que se tiene con cada una de las personas y hacer amena su estancia, así como, proveer sus necesidades, sin poner en riesgo su integridad física, social y mental.
3. Diseñar un taller en el cual se incluyan a todas las personas con diversas edades y con diversas capacidades, desde realizar actividad física, para evitar el sedentarismo, complicaciones gastrointestinales y mantener en buen estado el cuerpo humano; brain gym, para estimular el cerebro y puedan desarrollar las actividades siguientes con un mejor desempeño y sobre todo mantener por tiempo prolongado la concentración y atención del paciente en dichas actividades. También realizar actividad ocupacional en donde podamos realizar alguna manualidad, actividades cognitivas o simplemente para

Actividades

1. Acompañamiento de los huéspedes en sus actividades diarias (higiene y aliño), desayunar, salir a caminar, comprar con ellos en una tienda y ayudarlos a relacionarse con la sociedad.
2. Planear, coordinar y ejecutar un taller terapéutico.

Consta de 3 actividades que considero son importantes:

- Actividad física
- Brain Gym
- Terapia ocupacional

Se planteó que el servicio social tendría una duración de 480 horas, Con fecha de inicio 5 de septiembre de 2019 y de término 5 de marzo de 2020. Este se llevó a cabo en las instalaciones de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.; en el capítulo 2 describo el contexto donde se ubica esta institución de asistencia social.

Significó una tarea muy compleja pues, había que tomar en cuenta la etapa evolutiva de los huéspedes, el tipo de trastorno, lo que iba a enseñar y los factores que intervenían tanto físicos como emocionales. El poder impartir el taller también fue un reto, pues hay quienes no escriben o no saben leer, entonces el canal de comunicación se ve obstaculizado y hasta limitado, pues ambas partes deben tener el mismo código para poder entenderse.

La realidad está muy por encima de la ficción, pues al no conocer acerca de este tipo de padecimientos, los miedos abundan, sin embargo, cuando buscas que tu plan se lleve a cabo y

hay alguien que si realiza la actividad las ganas de seguir haciéndolo aumentan y se vuelven más fuertes, aunado a eso buscas otra manera de enseñar y de planear.

Y como dice Gimeno Sacristán (2010) toda acción didáctica, supone el propósito de mediar, corregir y estimular la experiencia del encuentro entre un sujeto que ejerce una serie de funciones sobre o con un contenido, o mejora capacidades diversas, de suerte que quedan transformadas y enriquecidas dichas funciones y capacidades que en un sentido general reconocemos como aprendizaje. Para que ese encuentro sea fructífero el contenido tiene que ser significativo, relevante y retador; todo lo cual será más probable que ocurra si también ha sido adecuadamente mediado y si es motivador.

Capítulo II. El Escenario del Servicio Social: Institución de Asistencia Social Privada

En este capítulo describo como nacen las instituciones de asistencia privada en México, los años que tuvieron que pasar para que el gobierno federal destinará parte de su presupuesto a ese sector de la sociedad. Así como, del momento en el que se creó el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), que a su vez, es la institución que regula las instituciones de asistencia social además de las Leyes que regula a esta institución.

Por consiguiente, cómo nació Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., ¿Qué hace?, su infraestructura y la organización, porque es una institución de asistencia social que se encarga de rehabilitar y asistir personas con problemas mentales.

2.1 Origen de las Instituciones de Asistencia Social Privadas

Según Mata (2014) existe un análisis de los modelos de las políticas sociales, en las que evolucionan las formas de acción social: caridad, beneficencia, asistencia social y servicio social o bienestar social. Etapas que se consideran como modelos porque se han consolidado y tienen un espacio ganado en el cambio de la intervención social a lo largo de los siglos.

En México, según Marquet (2006), la “protección social” no se encuentra plasmada explícitamente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Marquet (2006) dice que el término de “asistencia” nace de la acción de asistir, acudir, concurrir, apoyar con diversos medios a que alguien salga de un aprieto o de una mala situación,

actualmente existen normas y organismos que tienen el propósito de prestar asistencia a grupos vulnerables de la población. El origen de los recursos económicos que se requieren para proporcionar este apoyo, pueden ser de índole privada, cuando provienen de los particulares, por medio de donativos, legados; públicos, si es el Estado el que los proporciona con cargo a los ingresos federales, o sociales, si provienen de un determinado sector de la sociedad.

La idea de asistencia social, se incluye en la Ley General de Salud, se entiende por asistencia social el grupo de acciones tendentes a cambiar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a la sociedad y a la productividad. (Marquet, 2006).

Las instituciones de asistencia comenzaron a operar sobre la organización comunicativa de los pueblos mesoamericanos durante la conquista y después, se convirtió en una estructura fundamental para su sobrevivencia que necesariamente se sometió al nuevo orden colonial. Fue entonces la cooperación de la sociedad voluntaria, la solidaridad, la protección de las costumbres, tradiciones y valores los factores fundamentales que dotaron de capacidad y relación de la cual dependía la persona y la comunidad entera. Durante la Colonia, ante la ausencia de un Estado tutelar, la ayuda hacia los indígenas, enfermos, viudas, huérfanos, necesitados y desprotegidos de la Nueva España se realizó bajo la compasión cristiana, brindada por particulares y religiosos. Predominaba la opción preferencia por los pobres: ayuda al prójimo, actos de bondad, solidaridad grupal y principios mutualistas. (Huerta, 2006).

Mientras tanto, en Lombardo (1969) se fundó el Hospital de San Hipólito en 1566, por lo cual la Ciudad de México fue la primera en tener una casa para enfermos mentales, y fue fundada por Bernardino Álvarez.

Más tarde, durante el México Independiente, fueron las instituciones civiles y religiosas quienes asumieron la responsabilidad de procurar la beneficencia social y las acciones filantrópicas aunque de manera desarticulada.

Huerta refiere (2006) que el tránsito de la caridad a la filantropía estuvo a cargo de la Iglesia y los grupos de particulares. El papel del Estado era débil debido a las penurias de la hacienda pública.

La caridad privada y religiosa que había imperado hasta 1861, fue transformada en beneficencia pública por el gobierno liberal de Juárez y entonces abandonaron el país, religiosos que atendían hospitales. Sin embargo, en la Reforma la beneficencia pública los hospitales, hospicios, casas de expósitos y salas de asilo pasan a ser responsabilidad del Estado. (Huerta, 2006).

Por ahora, el término de beneficencia no solo abarca acciones de atención a la salud o el socorro y la limosna a pobres e indígenas, sino también a la educación, la previsión sanitaria y otras actividades. (Huerta, 2006).

En el Porfiriato, beneficencia pública y beneficencia privada, se decreta que pase a formar parte de la salubridad general. La procuración de alivio y apoyo a las personas desprotegidas demanda la participación activo de la ciudadanía, el gobierno y los instrumentos jurídicos y administrativos del Estado. Se empiezan a conceptualizar y a poner en práctica el sistema de asistencia pública y privada. (Huerta, 2006). En los albores del siglo, tras la promulgación de la Constitución de 1917, se instaura la iniciativa de Ley de Beneficencia Privada. (Huerta, 2006)

Quizás el esfuerzo más profundo e integrador de todo este periodo de gobiernos, emanados de la revolución, tiene lugar durante el régimen de Lázaro Cárdenas del Río. Para entonces, la beneficencia pública, desde la óptica de la justicia y la igualdad social, se convierte en Asistencia Social. Es decir, el auxilio de los pobres no solo era una buena acción, sino una obligación estatal, se trataba de una responsabilidad social. De esta manera se produce lo que eran las bases jurídicas y reglamentarias de la Asistencia Social en México, así como su orientación y sus beneficiarios. Se crea la Secretaría de Asistencia Pública, se construyen y condicionan hospicios, hospitales, asilos, dormitorios, comedores públicos, escuela para ciegos y sordomudos. (Huerta, 2006)

Huerta (2006) dice que durante el sexenio de Manuel Ávila Camacho, la asistencia social adquirió una orientación clientelar. En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fusionando las actividades de la entonces Secretaría de Asistencia Pública con el departamento de Salubridad. Los grupos más protegidos eran niños, mujeres, ancianos, discapacitados fueron el principal objeto de atención de estas acciones gubernamentales.

Miguel Alemán Valdez, da inicio a la “Seguridad Social”, el método moderno y universal para garantizar el bienestar de las mayorías, el cual era superior a la asistencia social. En este tiempo da inicio la transformación de la Asistencia Social y se privatiza, perdiendo la importancia y el interés que tuvo y se convierte en una protección costosa para los sectores económicamente débiles. (Huerta, 2006)

Menciona Huerta (2006) que en el mandato de Adolfo López Mateos se institucionaliza la Asistencia Social, con presupuesto propio. Impulso el reformismo social. Así mismo, se crea el ISSSTE.

Bajo el sexenio de Luis Echeverría Álvarez se marcan objetivos a la Asistencias Social, se habla no solo de remediar los males, sino combatir las causas de las carencias; se desprende de la Política social un instrumento de Desarrollo Social. No se trataba de paternalismo, se decía, sino de apoyo, no era caridad, sino de servicio; trabajaron 23 programas para llevarlos principalmente a zonas rurales. Se establece la Red de Servicio Social Voluntario, fue el vínculo de comunicación e intercambio entre diversas dependencias y niveles de gobierno, así como entre empresas y organismos descentralizados con organizaciones privadas. (Huerta, 2006)

Dice Huerta (2006) que durante el periodo de José López Portillo y Pacheco, la Secretaría de Salubridad y Asistencias hizo saber que por instrucciones del presidente se replantea la asistencia social, con base en una clasificación sobre las clases de marginación. En el año de 1977 fusionan INPI (Instituto Nacional de Protección a la Infancia) e IMAN (Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez) y nace el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), que

debía promover el bienestar social, fomentar la nutrición y prestar servicios asistenciales, atendiendo a niños y familia. En 1978 se crea el Sector Salud y Seguridad Social con un Sistema Nacional de Salud, a los que se integraron los organismos de Asistencia Social.

Huerta (2006) refiere que con Miguel de la Madrid Hurtado se publica la Ley General de Salud en la cual se establecen las facultades de la federación en materia de salud. Como parte del sector, adquieren fuerza la ley de los derechos ciudadanos en cuanto a servicios de asistencia social se refieren. La política social se ocupa de los grupos marginados a quienes llama vulnerables. Se le reduce presupuesto a las Instituciones de Salud (IMSS, ISSSTE, SSA) y le incrementan al DIF, como órgano especializado que encabeza la asistencia social, la cual aglutina al DIF, Centros de Integración Juvenil y al Instituto Nacional de la Senectud. Para mejorar las actividades de asistencia social, el Plan Nacional de Desarrollo establece algunos puntos de partida. Es la primera vez que la cuestión de las asistencias social se inserta en un plan de dimensiones nacionales, como una tarea propia del Estado. Da inicio el proceso de réplicas del DIF con el establecimiento de DIF's estatales y municipales, cuyo objeto era ampliar la cobertura, además se constituye una Junta de Gobierno como autoridad; se pone en marcha un plan de rehabilitación de discapacidades y educación especial. Además de programas de asistencia alimentaria, médico, educativa, acciones para menores maltratados, fármaco-dependientes, invidentes, planificación familiar, asistencia jurídica y familiar.

Cabe mencionar que se impulsó la creación de casas de la tercera edad, se crearon programas integrales para satisfacer las necesidades físicas y mentales a través del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME), por otra parte, se realizaron programas de rehabilitación y

educación especial, a través de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y Centros de Rehabilitación Integral (CRI). (Cárdenas, 2017)

Durante el Sexenio de Carlos Salinas de Gortari la asistencia social está inserta ya en el plano nacional, con una institución que parte del sector salud. Para este periodo también comienzan a incrementarse la creación de organizaciones civiles para la atención de la Asistencia Social. (Huerta, 2006). Además, se puso énfasis en aumentar la calidad de la salud a través de las vacunas de la poliomielitis, tuberculosis y difteria. (Cárdenas, 2017)

Relata Huerta (2006) que en el periodo de Ernesto Zedillo Ponce de León, la política social estuvo marcada por la falta de recursos, no interesaban las acciones sociales; comenzó a darse escasez de fármacos y cuidados médicos debido a los recortes presupuestales en el ámbito de la seguridad social. En el ámbito de la asistencia social se redujo al mínimo para mantener solo el aspecto alimentario, ante la imposibilidad de desaparecerlo por cuestiones históricas como simbólicas, comienzan a desaparecer instituciones de asistencia social. También se realiza una reestructuración de este organismo generando la creación del DIF para el Distrito Federal y en el Senado de la República se presenta una iniciativa de Ley de Asistencia Social.

En México, la Constitución en sus apartados hace referencia al concepto de salud (Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984) por ello se le conoce como la ley reglamentaria de la referida norma constitucional, la que establece en su artículo 24° que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I Detención Médica; II De salud pública, y III De asistencia social. (Huerta, 2006)

Durante la intervención del presidente Vicente Fox, se enfrentaron desafíos que se estaban atendiendo a través de una filosofía denominada CONTIGO, que se enfocó en cuatro puntos: el primero, ampliación de capacidades; el segundo, ampliación de oportunidades productivas; la tercera, formación de un patrimonio; y la cuarta, el fortalecimiento de redes de protección social. Así mismo, se promulgó la Ley de Asistencia Social, la cual amplía los sujetos de asistencia social, concibe la definición de asistencia social de la Ley anterior, también crea el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada y la conformación de un Directorio Nacional de las Instituciones de Asistencia Social. Por consiguiente, desaparece la figura del Patronato, y surge el Consejo Ciudadano Consultivo que emitirá opiniones y recomendaciones sobre sus políticas y programas nacionales, apoyara sus actividades y contribuirá a la obtención de recursos que permitirán el incremento de su patrimonio. (Cárdenas, 2017).

Posterior al mandato de Fox, menciona Cárdenas (2017), le sucede el gobierno de Felipe Calderón, quien se suma a lo que ya se venía haciendo y apoya los esfuerzos que ya se habían hecho desde el lugar en el que se encontraba. Desde la presidencia del Consejo Ciudadano Consultivo, se establecieron mesas interinstitucionales con dependencias y entidades de la administración pública federal y organizaciones de la sociedad civil, para atender temas como niños y niñas migrantes, niños y niñas víctimas de delincuencia organizada. Además, trabajo en el tema de adicciones, apoyando a la Secretaría de Salud y al Consejo Nacional contra las Adicciones.

Con el sexenio de Enrique Peña Nieto, se logró que el Sistema Nacional DIF retome el sitio de la rectoría de la asistencia social, trabajando muy cerca con los Sistemas Estatales DIF;

lo que se ha traducido en muchas familias mexicanas que se han visto beneficiadas con silla de ruedas, implantes cocleares, auxiliares auditivos, terapias de rehabilitación, entre otras. Por otra parte, el DIF Nacional, cuenta con un Sistema de videoconferencia que permite difundir a todos los Sistemas Estatales y Municipales DIF, conferencias y cursos de su interés, destacando la importancia de la capacitación y profesionalización, preferentemente en materia de asistencia social. (Cárdenas, 2017)

En el sexenio actual que es el de Andrés Manuel López Obrador, se presentaron cambios importantes en el país, en donde se puede resaltar las consecuencias del sismo de 2017, el éxodo de centroamericanos; la transición presidencial y sus consecuentes proyectos legislativos; las pérdidas de las Afores y la eminente falta de reformas legislativas en seguridad social. Entre los muchos cambios que hubo, los titulares del Ejecutivo y el Legislativo han traído nuevas políticas y directivos, como es el caso de los programas sociales. (Mendizábal, 2019)

Relata Huerta (2006) en la actualidad, la administración asistencia se ejerce a través de tres importantes entidades, dos secretarías de Estado, la de Salud (su nombre anterior: Salubridad y Asistencia Pública) y la Desarrollo Social y un organismo descentralizado, el sistema Nacional DIF; además de las funciones sociales desempeñadas por otras dependencias, entre ellas las procuradurías sociales. A nivel estatal, en términos generales, ocurre el mismo sistema de administración, y aun la misma estructura son Sistemas Estatales DIF, así como sistemas municipales.

De esta manera, la asistencia se ejerce desde el sector público como del privado, la reglamentación se dispersa en distintas leyes y códigos, tiene como característica la expansión.

Asimismo, en Lombardo (1969), las instituciones de asistencia privada nacen con base a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorial Federal en 1943, son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de asistencias sin propósito de lucro y sin designar individualmente a sus beneficiarios. Las instituciones de beneficencia privada pueden ser fundaciones o asociaciones. (Lombardo, 1969).

Menciona lombardo (1969) si son fundaciones las personas morales que se constituyen mediante la afectación de bienes de propiedad privada, destinada a la realización de actos de asistencias.

Lombardo (1969) dice que se llaman asociaciones a las personas morales que, por voluntad de los particulares, se constituyen en términos de la ley y sus miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, sin perjuicio de que pueda practicarse que los asociados contribuyan además con sus servicios personales.

Cuando para satisfacer necesidades producidas por epidemia, guerra, terremotos, ciclones o por causas económicas, se realicen asociaciones transitorias, se denominan juntas de socorro o de asistencia. (Lombardo, 1969)

La Junta de asistencia privada es el órgano por el cual el poder público ejerce cuidado y vigilancia que le compete sobre instituciones de esta índole. (Lombardo, 1969)

2.2 Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

Nace como un proyecto del Psicólogo Ángel Hernández Mejía y el Psicoanalista Sergio Xochigua en el año de 1984. La razón social a la que pertenecía era Sociedad Civil en el año de 1984, y en 1985, Sergio Xochigua deja el proyecto y la razón social cambia a Asociación Civil. Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., se enfoca en la rehabilitación y asistencia de pacientes con problemas mentales y sociales. Tiene convenio con instituciones, como es el caso de DIF NACIONAL y DIF CDMX, además está abierta al público en general.

Dentro de su perfil en Facebook tiene esta información:

Nuestra comunidad ofrece a las familias la tranquilidad de que su paciente se encuentra en un lugar cómodo y seguro, donde se le puede apoyar, desde un enfoque interdisciplinario y de calidad humana. (Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A. C., s.f)

A continuación, describo la ubicación geográfica, la infraestructura y la organización de la institución.

a) Ubicación geográfica

Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. se encuentra ubicada en un contexto urbano en la Colonia Ampliación Sinatel, en una de las delegaciones más pobladas de la Ciudad de México.

En Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. hay 15 *huéspedes* (utilizaré este término para nombrar a los pacientes pues es así como los llama la institución) entre hombres y mujeres, quienes están con un tratamiento farmacológico, psicológico y psiquiátrico. El ambiente es agradable y de respeto, entre el personal y los pacientes, aunque es importante resaltar que los conflictos entre pacientes por alguna u otra cuestión son ocasionales.

Según El Excélsior (2011) de acuerdo con los resultados preliminares del Censo de Población 2010, la delegación política de Iztapalapa de la Ciudad de México, es la demarcación más poblada del país, con un millón 815 mil 596 personas; y la colonia tiene un total de 2,527 habitantes.

Cuenta con apoyo a adultos mayores, apoyo a personas con discapacidad, apoyo a niños y niñas en pobreza y vulnerabilidad, ampliación y rehabilitación de vivienda, rescate de unidades habitacionales, además el grado de marginación es bajo. (Sideso, 2001 - 2003). El mayor número de viviendas son particulares habitadas, la infraestructura de las viviendas cuenta con techo de concreto, tabique, ladrillo o terrado de vigería, y las paredes de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto y el piso de mosaico, madera y otros recubrimientos, además cuenta con los servicios necesarios como lo es el drenaje y agua entubada. (Sideso, 2001- 2003).

El Excélsior (2015) menciona que los problemas sociales con mayor prioridad son la falta de agua, la incidencia delictiva, hundimiento de tierra, pérdida de zonas de protección ecológica, por presión de asentamiento irregulares y problemas de vialidad.

La alcaldía cuenta con servicios escolares que van desde el preescolar, primaria, secundaria, preparatoria y universidad pública y privada.

b) Infraestructura

Descrito lo anterior, Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. forma parte de la demarcación más poblada de la Ciudad de México y cuenta con 7 habitaciones distribuidas en 3 niveles, 3 1/2 baños de igual manera distribuidos en los 3 niveles, estancia en la planta baja, un comedor para 20 personas, una cocina y lavandería. La casa cuenta con los servicios básicos como son agua, luz, drenaje, servicio de telefonía fija, acceso a internet y comercios que proveen lo necesario para el desarrollo de las personas que ahí viven.

También cuenta con una coordinación, lugar destinado para el director y coordinador de turno, además un espacio para guardar objetos personales de cada huésped, medicamentos, objetos que necesitan supervisión.

En el patio hay alrededor de 8 sillas para quienes pasan tiempo en el mismo, también ese lugar es destinado para hacer ejercicio físico y para actividades que necesitan espacio, cuenta con áreas verdes.

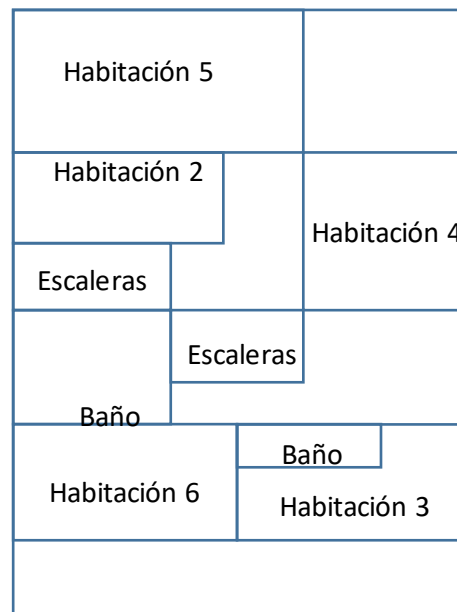
La lavandería cuenta con lo necesario para la limpieza de la ropa, aunque es un lugar restringido y de supervisión, ya que se encuentra en la azotea.

Figura 1.

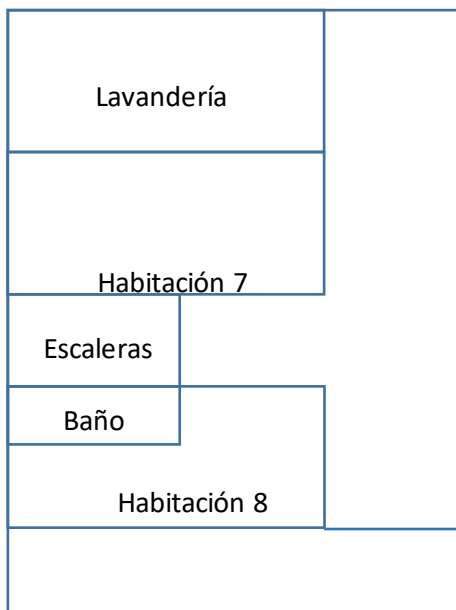
Plano de la Institución



Planta Baja



1° Piso



2° Piso

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la figura 1, describo las áreas con las que cuenta la institución en sus diferentes niveles.

c) Organización

Figura 2.

Organización de la institución



Nota: En la figura 2. Detallo la organización de la institución y el número de personal que labora en el lugar.

La organización de esta casa de asistencia está constituida por:

Los coordinadores distribuidos en 4 turnos,

Matutino: lunes, martes, miércoles, viernes y sábado. De 7:30 am a 3:00 pm

Vespertino: lunes, martes, miércoles, viernes y sábado. 2:00 pm a 9:00 pm

Especial: duración de 13 horas jueves y domingo. 7:30 am a 8:30 pm

Nocturno: lunes, martes miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo. 9:00 pm a 8:00 am.

Se cuentan con 5 coordinadores, 4 tienen una formación universitaria en psicología y 1 en pedagogía.

También cuenta con 2 personas que están a cargo de la limpieza tanto de las habitaciones, áreas comunes, ropa y el mantenimiento de las instalaciones.

De igual manera, hay una persona que se encarga de la preparación de los alimentos y bebidas tanto del desayuno, comida y cena.

Cabe resaltar que antes del confinamiento sanitario, el personal asistía de lunes a sábado con un horario de 8 am a 3:30 pm.

El director está a cargo de actividades administrativas, es quien planeo y desarrolló el programa de ASISTENCIA Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL Y/O MENTAL, proporciona tratamiento psicoterapéutico al paciente, su formación profesional es de Psicología.

Cabe señalar, de manera independiente, el paciente con estancia privada cuenta con un psiquiatra y psicólogo de cabecera quien está al pendiente de las características que va presentando el huésped y quien da tratamiento farmacológico, además de opciones de internamiento en un hospital psiquiátrico o una casa de asistencia dependiendo de la gravedad de los síntomas.

El coordinador de turno es quien está a cargo de hacer que se cumplan las actividades programadas para ese día, es quien conoce las instalaciones de la casa, realiza actividades administrativas, busca soluciones a los problemas conductuales que presentan los pacientes,

supervisa, guía y apoya a los pasantes de servicio social y prácticas profesionales durante sus actividades, junto con el director busca actividades lúdicas y recreativas fuera de la casa, interactúa con el director, personal de limpieza, mantenimiento y cocina, y familiares para las actividades que se deberán realizar.

Hasta el día 8 de marzo había 5 pacientes “públicos”, es decir, que provienen de estancias gubernamentales como lo es el DIF NACIONAL y DIF CDMX, cuentan con un psicólogo y un responsable de su situación legal, el cual les da seguimiento durante su estancia, no tiene un día específico de asistencia, sin embargo, está al pendiente de su situación; la mayoría de ellos no cuentan con familia quienes los pudieran visitar. Visten y calzan gracias a donaciones hechas por el personal que ahí labora y el dinero que llegan a tener es el que otorga el gobierno, destinado a la asistencia social y en especial a las personas que están resguardadas por los DIF's.

Sarahi estancia de DIF CDMX con diagnóstico de retraso mental leve, abuso sexual y violencia intrafamiliar.

Guadalupe Aguilar DIF CDMX con diagnóstico de retraso mental leve y abuso sexual.

Guadalupe Rodríguez DIF NACIONAL con diagnóstico de retraso mental moderado y episodio psicótico

Víctor DIF CDMX con diagnóstico de autismo y retraso mental

Rosa DIF CDMX con diagnóstico de retraso mental y sordomuda

Así mismo, había 10 pacientes con una estancia privada, cuentan con servicio de psicología y psiquiatría, la familia es quien está al tanto del tratamiento, y debe entregar un reporte a la institución, tienen la posibilidad de salir con algún familiar, siempre y cuando se

respete el reglamento de la institución y no deben poner riesgo la integridad del paciente física y mental.

Lulú estancia privada tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y depresión profunda.

Carlos estancia privada con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada.

Guillermo estancia privada con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Rosa María estancia privada con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Fernando estancia privada con diagnóstico de esquizofrenia catatónica.

Moisés estancia privada y con ayuda de una fundación Israelí con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica.

Lizzy estancia privada con diagnóstico de depresión severa profunda.

Lisette estancia privada con diagnóstico de síndrome de Bourderline.

Ana Paula estancia privada con diagnóstico de trastorno alimenticio y depresión.

Merly estancia privada con diagnóstico de trastorno psicótico con depresión.

Como se observa, la mayoría de los pacientes con estancia pública se diagnosticaron con retraso mental, mientras que un gran número de pacientes con estancia privada se diagnosticaron con esquizofrenia.

Capítulo III. Marco Conceptual

En el presente capítulo hablé de los trastornos mentales como una causante de discapacidad en la población de edad productiva. Así como, los síntomas de los trastornos mentales, las causas vinculadas y las consecuencias sociales que traen consigo dichos padecimientos entre los que se encuentran la discriminación y abuso a sus derechos humanos.

De igual manera, hablé del abordaje ante este tipo de padecimientos, y aunado a eso los problemas de salud que se adquieren con el paso del tiempo y como consecuencia de las áreas de funcionamiento que se van perdiendo.

Haré énfasis en la esquizofrenia como una de los padecimientos mentales más atendidos por parte del sistema de salud, afectando no solo a la persona sino también a las personas que se encuentran a su alrededor.

Cada síntoma corresponde a un tipo de esquizofrenia en específico y con base a ello se puede hacer un mejor diagnóstico, pero también se puede brindar un buen tratamiento, el cual incluye un tratamiento psicológico, psiquiátrico el cual va de la mano con el farmacológico.

3.1 Trastornos Mentales

La organización Mundial de la Salud (2020) dice que los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones,

la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluye la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo.

Los trastornos mentales, también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento, se han convertido en una verdadera preocupación para las personas que los padecen, para sus familiares, para los prestadores de servicios y para todas las instituciones involucradas en este campo (Valencia, 2007). Se originan por múltiples causas que afectan a la población sin distinción de raza, género o edad y estos a su vez son vinculados con factores tales como el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales (OMS, 2019), aunque también se suman los biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y cognitivos. (Valencia, 2007)

Los trastornos mentales son un problema frecuente de la sociedad occidental causando un alta discapacidad. Se define como trastorno mental cualquier alteración genérica de la salud mental sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. En el término trastorno mental, se incluyen los trastornos de la esfera psicótica y/o afectiva y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. (Badia, et al., 2011)

La incidencia de los trastornos mentales sigue aumentando, produce efectos considerables en la salud de las personas, graves consecuencias a nivel social, económico y en el terreno de los derechos humanos en todos los países. (OMS, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (2019) menciona algunas de las determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales en los cuales se incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

También impactan de manera considerable en los adultos jóvenes que son la parte de la producción de la población, lo que implica su asistencia a consulta con un especialista, el uso de fármacos si es necesario, así como recibir apoyo terapéutico, escolar y familiar. Según Valencia (2007) el modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal.

Las personas que padecen trastornos mentales pueden presentar otro tipo de problemas de salud mental que pueden afectar su bienestar emocional, así como problemas psicosociales que afectan su funcionamiento y por consiguiente su vida diaria. De ahí que la salud mental condicione las diligencias que realizan las personas y las habilidades psicosociales que tienen para enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Cuando las personas no han adquirido las habilidades psicosociales necesarias, tendrán dificultades para desempeñarse favorablemente en las diversas áreas de trabajo por lo que pueden presentar problemas en una ocupación o trabajo, en el manejo de sus ingresos económicos, en sus relaciones sociales, en sus relaciones de pareja, incluido su componente sexual y en sus relaciones familiares. (Valencia, 2007)

Por otro lado, en Campos-Arias (2008) menciona que en varios estudios epidemiológicos han demostrado que las mujeres tienen mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo de ansiedad y psicóticos, y en los hombres los trastornos que más predominan son el abuso de sustancias y el trastorno antisocial de personalidad.

Sin duda, la Organización Mundial de la Salud (2019) menciona que las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social.

Por lo tanto, en países altos como en bajos, la estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias, se traduce en estereotipos negativos, temor, incomodidad, rabia y rechazo o evitación. En todo el mundo, las personas con trastornos mentales enfrentan la negativa de empleo y de oportunidades de educación, la discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda. En algunos países el trastorno mental puede ser factor para negar el derecho a votar o para adherirse a asociaciones profesionales. En otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno. (OMS, 2019).

De esta manera, el estigma y la discriminación pueden, a su vez, alterar la capacidad de la persona para ganar acceso a una atención apropiada, recuperarse de su enfermedad e integrarse a la sociedad. Sin embargo, el estigma no solo afecta a las personas con enfermedad mental, sino que se ha venido caracterizando, en nuestra sociedad, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas, con el término hacemos

referencia a conjuntos de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros minoritarios en virtud de que estos presentan alguna cualidad diferente o marca que permita reconocerlos. (López et al, 2008).

El tratamiento de los trastornos mentales ha presentado cambios considerables, entre los que encuentra, buscar opciones para una persona con una enfermedad mental y que no sea solo la reclusión, además de la aparición de los medicamentos neurolépticos. El tratamiento farmacológico también se modificó debido a la aparición de alternativas terapéuticas, en combinación con los fármacos en Valencia (2007).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2019) menciona que el aumento de los trastornos mentales ha hecho que incrementen los servicios médicos generales, los servicios psiquiátricos y otros profesionales de la salud mental.

3.1.1 Esquizofrenia

Para Abeleira (2012) el término *esquizofrenia* viene de dos palabras griegas:

Esquizo- que significa escindir

Frenia- que significa mente

Literalmente la traducción es “mente escindida”, es decir, el sujeto está en un mundo diferente al resto de las personas, no tiene un apego fuerte a la realidad, y vive de acuerdo a lo que experimenta.

Para unos, la esquizofrenia se caracteriza por un disturbio principalmente de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delirios bizarros, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y con la capacidad intelectual conservada. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. A menudo, se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe a las dificultades que presenta la persona para comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por la discriminación resultante del estigma asociado a la enfermedad y a las personas que la padecen. (Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia, 2009)

Por otro lado, Fraga-Díaz, Alvarado, Saucedo, Velarde, Fragoso (2010) la esquizofrenia es una enfermedad mental crónica más común del grupo de entre 20 y 30 años de edad, se caracteriza por una amplia sintomatología, con signos y síntomas como la euforia, aislamiento, depresión y agresividad, los cuales conducen a trastornos personales y familiares que repercuten en el entorno social. Representa una carga económica importante para el sector salud, por diversas razones, una de ellas es la aparición a temprana edad de síntomas, como lo es el carácter crónico, los largos periodos de hospitalización, tratamiento, ambulatorio indefinido, necesidad de apoyo y constante supervisión, incumplimiento terapéutico y una tasa de suicidio y elevada prevalencia con tendencia al incremento.

Según Mejía (2018) dentro de los trastornos mentales encontramos la esquizofrenia, que es la cuarta causa de discapacidad en el ISSSTE. Además, es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. (OMS, 2019)

Y es un padecimiento psicótico que persiste durante 6 meses, incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía y síntomas negativos). Esta enfermedad que se asocia a una marcada disfunción personal, social y laboral condicionando la dependencia del paciente hacia terceras personas y una inversión económica para familiares y para el estado. (Campero, 2009).

Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes). (OMS, 2019).

Por otro lado, se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. (OMS, 2019)

La Organización Mundial de la Salud (2019) afirma que los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos, es tratable, si la farmacología y el apoyo psicosocial son eficaces, aunque no es curable.

Mientras tanto, los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. (CIE-10, 2008)

Dice el CIE-10 (2008) que la evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios con remisión completa e incompleta. No debe hacerse un diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado despejado que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en *trastorno delirante*

[esquizofreniforme], orgánico y aquellos incluidos por sustancias psicoactivas, en trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol.

Según López e Ibarra (2013), la esquizofrenia se caracteriza por presentar tres fases, siendo el punto de partida, el primer episodio de este trastorno, de esta forma, las características son:

1. **Primer episodio:** en la mayor parte de los casos, el primer episodio suele iniciarse de forma gradual con un desarrollo crónico progresivo, con deterioro de las capacidades mentales cada vez mayor. El inicio repentino, muy raro, y el paciente empeora rápidamente. Durante el proceso de la enfermedad se hacen presentes varios signos y síntomas característicos del trastorno, con cambios específicos del comportamiento que indicaran que la enfermedad se encuentra en fase activa.
2. **Fase aguda:** esta fase se presenta principalmente con síntomas psicóticos, como lo son: los delirios, alucinaciones o pensamientos desorganizados, siendo un signo característicos, la poca higiene personal que demuestra el enfermo.
3. **Fase de estabilización:** en esta fase los síntomas psicóticos que presenta el paciente se reducen, teniendo una duración de aproximadamente seis meses a más después de la aparición del episodio agudo.
4. **Fase estable:** los síntomas que se manifiestan en las anteriores fases, se convierten en relativamente estables, y no son tan graves como en la primera fase; los pacientes suelen presentar síntomas no psicóticos, como depresión tensión, insomnio o ansiedad. En ocasiones el paciente es asintomático y esto puede causar desconcierto en los familiares.

SUBTIPOS

Las personas con esquizofrenia presentan una gran variedad de síntomas, es por ello que se intenta dividir en subtipos que son agrupaciones de individuos definidos a partir de ciertas características.

Según la CIE-10 (2008) describe la esquizofrenia en diferentes subtipos y son las siguientes:

Esquizofrenia paranoide

Se caracteriza por el predominio de delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de las percepciones. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria. (CIE-10, 2008)

Según la CIE-10 (2008) menciona criterios para su diagnóstico.

- A. Deben de cumplirse los criterios generales de esquizofrenia.
- B. Las ideas delirantes y las alucinaciones deben ser notables (tales como delirios de persecución, de referencia, genealógicos, de tener una misión especial, de transformación corporal o de celo; alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales).
- C. En el cuadro clínico no debe de predominar el embotamiento o la incongruencia efectivos, los síntomas catatónicos o el discurso incoherente, aunque pueden estar presentes en un grado leve.

Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias, comportamientos irresponsables e impredecibles, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia solo en adolescentes o en adultos jóvenes. (CIE-10, 2008).

Los criterios que menciona el CIE-10, (2008):

A. Deben cumplirse los criterios generales de esquizofrenia

B. Deben estar presente alguno de los siguientes:

1. Embotamiento o superficialidad afectivos claros y persistentes.
2. Afecto inapropiado o incongruente de forma clara y persistente.

C. Debe estar presente alguno de los siguientes:

1. Comportamiento errático y desorganizado en vez de estar dirigido a objetivos.
2. Trastorno del pensamiento definido, que se manifiesta por un discurso desorganizado, divagatorio o incoherente.

D. Las alucinaciones o las ideas delirantes no deben dominar el cuadro clínico, aunque pueden estar presentes.

Esquizofrenia Catatónica

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alterar entre extremos tales como la hipercinesis y el estupor o entre la obediencia

automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles períodos de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (oneroide), con alucinaciones escénicas vividas. (CIE-10, 2008).

Menciona los siguientes criterios (CIE-10, 2008):

- A. Deben cumplirse los criterios generales de esquizofrenia a la larga, aunque pueden no ser comparables al principio si el paciente es inaccesible a la comunicación.
- B. Durante el periodo de por lo menos dos semanas, uno o más de los siguientes comportamientos catatónicos deben ser prominentes.
 1. Estupor (marcada reducción de la reactividad al ambiente y disminución de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo.
 2. Excitación (actividad motora sin propósito aparente, no influida por estímulos externos)
 3. Catalepsia (adopción y mantenimiento voluntarios de posturas inadecuadas o extravagantes).
 4. Negativismo (resistencia sin motivo aparente a toda instrucción o intento de ser movilizado, o movimientos oposicionistas).
 5. Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los esfuerzos de ser movilizado).
 6. Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
 7. Obediencia automática (cumplimiento automático de las instrucciones).

Esquizofrenia indiferenciada

Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos anteriormente, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular. (CIE-10, 2008)

Esquizofrenia residual

Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado de un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas “negativos” de larga duración, aunque no necesario irreversible, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipo actividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el residuo personal y pobre desempeño social.

Esquizofrenia simple

Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamientos extravagantes, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta. (CIE-10, 2008)

3.1.2 Criterios de Diagnósticos

A lo largo de los años poder tener criterios de diagnóstico claros de la enfermedad ha sido un reto, sin embargo, el poder tener un concepto claro, es aún más complicado por cuestiones internacionales y culturales.

Según Rodríguez y González (1993) las definiciones de la esquizofrenia son complejas pues se deben considerar los criterios nosológicos, además de si es longitudinal y/o transversal, por otro lado las combinaciones de signos y síntomas que pueden utilizarse para definir la enfermedad de forma específica, de tal manera que de los patrones de diagnóstico sean similares en cuanto a definiciones y métodos de examen que tengan especificidad elevada, así como, de aceptación internacional.

Menciona Rodríguez y González (1993) que Kraepelin formuló un concepto de esta enfermedad denominándola como demencia precoz, por tanto, para él la esquizofrenia era un término breve y exclusivo, que era paulatino de forma ininterrumpida y que conduce a un deterioro cognitivo y emocional severo.

Sin embargo, Rodríguez y González (1993), mencionan que Eugen Bleuler reconocen la idea de demencia precoz, sin embargo, el término para él se aplica a un grupo de psicosis cuyo curso puede variar y que en alguna etapa puede detenerse e, incluso, regresar, pero que no permite una completa integración.

Por lo que, Rodríguez y González (1993) dicen que las bases del concepto de esquizofrenia fueron establecidas por Kraepelin y Bleuler. Kraepelin aportó simplicidad a una diversidad enorme de grupos sintomáticos, por otro lado. Bleuler, enuncia los síntomas fundamentales presentes, cualquiera que sea la forma o el contenido del resto del cuadro clínico. Aunque, si bien es cierto la identificación de los primeros síntomas, aparecen las complicaciones, ya que hay muchas características dispersas y generales, ya que corresponden no solo al periodo prodrómico, sino también pueden estar presentes en situaciones neuróticas y pseudoneuróticas.

Mientras que, Kurt Schneider reconoce que la esquizofrenia es un trastorno de las asociaciones y considera que es difícil establecer un diagnóstico, pero describe síntomas en primer rango como son: pensamientos audibles, voces que dialogan entre sí, voces que cometen sobre el paciente, robo del pensamiento, difusión o radiación del pensamiento, inserción del pensamiento, vivencias de pasividad e influencia corporal, vivencias de imposición de afectos o emociones, imposición de acciones, deseos y actos voluntarios, y percepción delirante. (Rodríguez y González, 1993).

De esta manera, los Criterios de Diagnóstico para la Investigación ofrecen la posibilidad de realizar un diagnóstico probable y un diagnóstico definitivo, para el que se requiere una duración de los síntomas de por lo menos 2 semanas, frente a los 6 meses exigidos por otros criterios de Feighner. Además los Criterios de Diagnóstico para la Investigación han sido utilizados por clínicos e investigadores, cuya experiencia ha influido de forma decisiva en las revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS (CIE-10), así

como, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). (Rodríguez y González, (1993).

Por lo tanto, al celebrarse el Primer Congreso Estadístico en Bruselas, se designó a los Doctores William Farr y Marc d'Espine, para preparar un proyecto de clasificación internacional con la participación de especialistas de diferentes países. Tras varias revisiones, acuerdos y desacuerdos, en 1898, el Dr. Jacques Bertillon, jefe de estadísticas de París, presento en el Instituto Internacional de Estadísticas la versión de lo que fuera la primera Clasificación Internacional de Enfermedades. Asimismo, en 1900 se aprueba y pone en vigor la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud. (Solé, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha coordinado y aprobado en asambleas generales las posteriores revisiones que fueron puestas en vigor en los años 1948, 1955, 1968, 1978, y en 1992 la 10ª versión. (Solé, 2002).

Más tarde, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), fue publicado en la década de 1950, se basó principalmente en la nomenclatura por William Meninger, con la idea de clasificar los trastornos experimentados por excombatientes de la Segunda Guerra Mundial, se complementó con exámenes aplicados en hospitales psiquiátricos y por opiniones de expertos de la APA de aquellos años, manifestaban la psiquiatría psicodinámica dominante de esos tiempos, donde los síntomas se consideraban resultado de conflictos subyacentes disfuncionales o reacciones secundarias a los problemas cotidianos de la vida. La 5ª versión de dicho manual se publicó en el 2013. (García, Saldívar et.al. (2011).

A continuación hago una comparación entre el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10).

Tabla 1.

Criterios de diagnóstico

Criterios de diagnóstico la CIE 10	Criterios de diagnóstico DSM V
<p>Se exige que se presente un síntoma de los siguientes por lo menos durante un mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento. - Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad. - Voces alucinatorias. - Ideas delirantes persistentes. 	<p>Se exige que dos o más de los siguientes síntomas estén presentes durante un mes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones - Delirios - Discurso desorganizado - Comportamiento desorganizado o catatónico - Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia) - Las relaciones interpersonales y de cuidado personal están por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
<p>Se exige 2 o más de los siguientes síntomas por lo menos durante un mes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad - Neologismos o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente. - Conductas catatónicas - Apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales. <p>OMS: CIE-10 (1994).</p>	<p>APA: DSM-V (2014)</p>

Fuente: elaboración propia.

Nota: En la tabla 1, describo en dos columnas los criterios de diagnóstico que considera la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud y en la otra los Criterios que toma en cuenta el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

Menciona Cañamares (2001) dentro de los síntomas que presenta cada paciente estos pueden agruparse en dos grandes grupos los cuales son:

Síntomas positivos: con ellos no se quiere decir que sean buenos o favorables para el paciente, sino que implican que se dé algo que antes no se daba, por ejemplo, un delirio, oír voces, unos gestos o posiciones extrañas de las manos, o cualquier otra conducta que antes no presentaba.

Los síntomas negativos: son aquellas conductas que existían antes de la enfermedad y que disminuyen en frecuencia o desaparecen; por ejemplo quedarse solo en casa y no salir con los amigos, falta de atención, entre otras.

Por otro lado, dice Cañamares (2001) que las personas que padecen esquizofrenia experimentan la enfermedad de diferente manera y de una forma muy particular, las características principales que manifiestan son:

- Dificultades para mantener la atención, en actividades que son muy demandantes tales como los estudios, aunque también mantener una conversación o seguir el argumento de una película.

- Una sensibilidad muy elevada a los olores, los sabores y sonidos.
- Sensaciones internas y externas, del cuerpo.
- Dificultad para seguir al propio pensamiento que parece ir más rápido de lo que la propia persona puede ir
- Incapacidad para controlar las situaciones habituales pero sobre todo, las complejas.
- Sentimiento de extrañeza que le lleva a perder el interés por lo que le rodea.
- Dificultades para mantenerse en actividades, incluso en las que más le agradan.
- Angustias, miedo e inseguridad, tanto en situaciones cotidianas como en el futuro.

3.1.3 Tratamientos

Los tratamientos para el paciente con esquizofrenia son diversos y se busca que el paciente estabilice la sintomatología que presenta para que pueda tener una buena calidad de vida, además dependerá en gran medida de la duración y de la gravedad de los síntomas.

En la mayoría de los casos, una vez que se presentan, los trastornos mentales se vuelven crónicos, aunque con la atención adecuada pueden ser tratados y manejados efectivamente. (Rentería, 2018)

Tratamiento Farmacológico

El primer tratamiento que recibe un paciente con enfermedad mental es el farmacológico pues se busca reducir la gravedad, frecuencia de aparición y repercusiones de los episodios psicóticos en el funcionamiento de los pacientes en los ámbitos bio-psico-social, una vez controlados aquellos síntomas positivos, permanecen los síntomas negativos los cuales son el

aplanamiento afectivo, la elogia, la abulia y la anhedonia, efectos que de alguna manera limitan el quehacer del paciente con esquizofrenia.

Según Chávez et al. (2013), García, Apiquian y Fresan (2001) y Ortuño (2010) citados por Martínez (2018), los fármacos de primera generación o también conocidos como antipsicóticos típicos fueron introducidos en la década de 1950 con un gran auge para la eliminación de síntomas positivos y permitiendo que los pacientes con esquizofrenia pudieran vivir fuera de los hospitales psiquiátricos, sin embargo, en la década de 1990 fueron desplazados por los neurolépticos llamados ahora antipsicóticos atípicos o de segunda generación, ya que estos además de provocar menos efectos extra piramidales, mejoran significativamente no solo los síntomas positivos, sino también los síntomas negativos de la esquizofrenia, la cognición y síntomas depresivos.

Se debe considerar si los síntomas presentes y su intensidad, así como si el paciente cursa su primer episodio o si es una recurrencia. También se debe indagar los tratamientos previos, la respuesta clínica y la aparición de efectos indeseables.

Todas estas evidencias más el estado clínico general del paciente se deben considerar para seleccionar el fármaco adecuado y específico.

Para el tratamiento de la esquizofrenia encontramos los siguientes medicamentos (Rentería, 2018):

- Medicamentos antidepresivos: usados para tratar la depresión, la ansiedad y en ocasiones otros trastornos; mejoran síntomas como el estado de ánimo deprimido, la dificultad para concentrarse y la falta de interés. No generan adicción ni dependencia.
- Medicamentos ansiolíticos: reducen los síntomas de ansiedad. Los de acción rápida pueden causar dependencia, así que solo se recomienda su uso en el corto plazo. Se usan principalmente para tratar trastornos de ansiedad y pánico, pero también reducen la agitación y el insomnio, los ansiolíticos de largo plazo son típicamente antidepresivos que también sirven para tratar la ansiedad.
- Medicamentos estabilizadores del estado de ánimo. Son comúnmente utilizados para el trastorno bipolar aunque también para esquizofrenia. En algunos casos también se emplean como antidepresivos para tratar la depresión.
- Medicamentos antipsicóticos: generalmente se usan para tratar trastornos psicóticos, como la esquizofrenia. En ocasiones, para tratar el trastorno bipolar o en conjunto, con antidepresivos para tratar la depresión, se desprenden dos grupos los antipsicóticos típicos y los antipsicóticos atípicos.

Se sabe que en ocasiones se utilizan otros fármacos que ayudan al tratamiento de la esquizofrenia para potencializar la eficacia de los antipsicóticos y para tratar los síntomas.

Dice APIQUIAN et al. (s.f) entre los tratamientos adyuvantes se encuentran:

- a) Benzodiacepinas se utilizan para intentar disminuir la agitación y la ansiedad, así como, para el control de la agresividad.

- b) Betabloqueadores, su utilidad es limitada y se requiere de mayor investigación, aunque una de sus acciones es el aumento de los niveles plasmáticos de los antipsicóticos y reducir las conductas agresivas y las explosiones de ira.
- c) Litio, su utilidad es reducir las conductas impulsivas y agresivas, la hiperactividad o la excitación y en gran medida estabilizar el estado de ánimo del paciente. Aunque se requiere de mayor investigación.
- d) Anticonvulsionantes los pacientes con esquizofrenia reciben con frecuencia un tratamiento combinado de un antipsicótico y un anticonvulsivo, por lo tanto los fármacos antiepilépticos pueden modificar los síntomas de la enfermedad mental por su acción sobre los mecanismos de antilutamatérgicos.

Tratamiento Psiquiátrico

El tratamiento psiquiátrico va de la mano con el farmacológico, pues el psiquiatra es quien determina el tratamiento farmacológico pertinente según el caso del paciente, además de considerar o no una casa de asistencia o una hospitalización, de acuerdo a las condiciones que presente.

Tratamiento Psicológico

También podemos encontrar las terapias psicológicas centradas en la reinserción, rehabilitación o asistencia del paciente en el ambiente social y en donde se busca disminuir los efectos de los síntomas negativos, que afectan los entornos familiares, laborales y educativos.

Dentro del tratamiento psicológico la principal tarea es manejar los diferentes aspectos que puede presentar la enfermedad como aceptación, adaptación a síntomas, recaídas y apego al tratamiento; maximizar el funcionamiento biopsicosocial del paciente incluyendo la familia.

Según Slade y Haddock (1996) citados por Villana y Lemos (2001), las tres últimas décadas han representado el momento álgido del cambio en las actitudes y en el abordaje de los problemas de salud mental severos desde la óptica de las terapias psicológicas, durante el cual diferenciaron tres etapas sucesivas. En la primera, que abarca los años 1960 y comienzos de 1970, se diseñaron las primeras intervenciones en psicosis basándose en los principios del condicionamiento operante, que significaron el desarrollo de ingeniería conductual dirigida al control ambiental de la conducta. En la década de 1970 y principios de 1980 se constató la introducción de los tratamientos familiares y de los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales e instrumentales con los pacientes. Finalmente, durante la época de 1990 se asistió a la consolidación de estas dos modalidades de intervención y a la introducción y desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de síntomas psicóticos residuales.

Los ámbitos de intervención cognitivo-conductual en las psicosis, catalogados por Davidson, Lambert y McGlashan (1998), comprenden diversos déficits o anomalías, como la predisposición a la desorganización aguda, las distorsiones perceptivas, el deterioro de la atención, memoria, razonamiento diferencial y juicio social, los trastornos emocionales y deterioro en la regulación del afecto, la incapacidad social y la distorsión del sentido del yo y de los demás. (Villana y Lemos, 2001).

Las principales estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de vulnerabilidades-estrés; un marco que muestra cómo interactúan los factores ambientales con la vulnerabilidad biológica para producir la psicopatología y la incapacidad psicosocial secundaria propias de la esquizofrenia, este modelo ha suscitado el surgimiento de la gama de formatos terapéuticos que actualmente conocemos y que se orientan hacia un doble objetivo; por un lado, el desarrollo y fortalecimiento de aquellos factores que permiten una óptima protección de la persona, y por, otro lado la disminución o eliminación de los estresores ambientales y de la vulnerabilidad biológica subyacente. (Villana y Lemos (2001).

Menciona Villana y Lemos (2001), dentro de los tratamientos psicosociales nacidos a favor de este modelo, el apoyo experimental más fuerte, hasta este momento, de intervención: el modelo de tratamiento comunitario asertivo de manejo de casos, los procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral, las intervenciones familiares, el entrenamiento en habilidades y el automanejo de la enfermedad, la terapia cognitivo-conductual para síntomas psicóticos y el tratamiento integrado para pacientes de diagnóstico dual, especialmente para el consumo de drogas.

Dice Villana y Lemos (2001) los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces de acuerdo con las directrices de Psicothema (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001), para una mejor recuperación de la esquizofrenia y que junto a las estrategias farmacológicas se concretan las siguientes: a) las intervenciones familiares psicoeducativas, b) el

entrenamiento en habilidades sociales, c) los tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes, y d) los paquetes integrados multimodales.

Los procedimientos de intervención psicológica en consecuencia, han surgido en las directrices clínicas de tratamiento de las principales asociaciones profesionales internacionales como los más conocidos para la esquizofrenia.

Uno de los tratamientos que ofrece Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., es un tratamiento psicológico, acompañado de un tratamiento farmacológico y psiquiátrico. En el siguiente capítulo describo el desarrollo y evaluación del servicio social en una casa de asistencia social, así mismo, el contenido que consideré importante para realizar el taller, algunas sesiones que impartí y el trabajo que realice con cada uno de los pacientes, para finalizar, una evaluación de las actividades realizadas y lo que obtuve al realizar esas actividades. Aunado a eso, los conocimientos adquiridos y los aprendizajes obtenidos durante la carrera para poder cumplir con el diseño.

Bloque II. Desarrollo y Evaluación del Servicio Social

Capítulo IV. Desarrollo del Servicio Social

En este capítulo describiré como fue la estancia en la institución, además de las actividades que realicé con los *huéspedes*, las cuales me permitieron poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera y que fueron fundamentales para realizar este proyecto.

Del plan a la acción.

Al formar parte del equipo de los que laboran en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., de servicio social tuve la oportunidad de trabajar por un periodo de 6 meses aproximadamente, realice las actividades asignadas con los huéspedes y diseñe un taller terapéutico en el cual pude observar la interacción entre los pacientes y el personal que ahí labora, así mismo, pude evaluar mi experiencia y sobre todo si el taller tuvo un impacto en los huéspedes.

La institución presentó un plan al Centro de Atención a Estudiantes (CAE) en el que se describen las actividades que se debían realizar y son las siguientes:

Nombre: Asistencia y acompañamiento al paciente con discapacidad psicosocial y/o mental.

Descripción:

1. Supervisión y coordinación de actividades de la vida cotidiana de los residentes de la comunidad terapéutica.

2. Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos

3. Atención individual o grupal a los huéspedes residentes de la comunidad terapéutica

4. Planeación y coordinación de actividades lúdicas o recreativas dentro y fuera de la comunidad terapéutica

5. Actividades de acompañamiento terapéutico

Objetivo:

Estimular el desarrollo de los pacientes con discapacidad psicosocial y/o mental, implementando las estrategias y abordajes terapéuticos necesarios para incrementar el desarrollo de las áreas libres de conflicto, que los habiliten para una mejor estancia dentro y fuera de nuestra comunidad terapéutica.

Impacto social:

Promover la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial y/o mental.

Metas:

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial y/o mental. Fomentar procesos de inclusión en los ámbitos laboral, educativo, familiar y social consolidar la adherencia terapéutica y la conciencia de enfermedad en las personas con discapacidad psicosocial y/o mental

Clasificación del Programa:

• Apoyo comunitario

Apoyos:

• Comedor

Beca:

\$250.00 quincenal

Ubicación: Comunidad terapéutica

Días: de lunes a sábado

Horario: Mixto

Funciones:

- *Pedagogo (a)*
- *Psicólogo (a) educativo(a)*
- *Diseño y actualización curricular*
- *Apoyo al programa*
- *Apoyo psicopedagógico*
- *Apoyo psicológico*

Actividades:

- *Supervisión y coordinación de actividades de la vida cotidiana de los residentes de la comunidad terapéutica*
- *Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos*
- *Atención individual o grupal a los huéspedes residentes de la comunidad*
- *Planeación y coordinación de actividades lúdicas o recreativas dentro y fuera de la comunidad terapéutica*
- *Actividades de acompañamiento terapéutico*

(DM, Comunicación personal, 26 de agosto de 2019).

De todas las funciones y actividades descritas anteriormente, solo se me asignaron las siguientes:

Actividades:

- Supervisión y coordinación de actividades de la vida cotidiana de los residentes de la comunidad terapéutica
- Planeación, coordinación y ejecución de talleres terapéuticos

Dentro de esta actividad realicé el diseño y desarrollo de un taller que llevo por nombre:

“Taller de habilidades sociales y de comunicación”

- Atención individual o grupal a los huéspedes residentes de la comunidad

Trabaje con todos los pacientes, principalmente con los que tiene esquizofrenia.

- Actividades de acompañamiento terapéutico.

Las actividades de acompañamiento eran las siguientes y cambiaban cada 3 meses, la actividad designada a cada paciente dependía en gran medida de las condiciones motoras que tenía y estas podían ser:

- Barrer el patio de la casa
- Barrer la calle, utilizando la escoba tradicional y la de varas.
- Regar las plantas
- Limpiar las sillas que se encuentran en el patio.
- Ayudar en la cocina a la preparación de los alimentos.
- Poner la mesa, va desde el mantel individual, servilleta y vaso.

A continuación describo las actividades que realicé, cabe mencionar, que la actividad física la debía incluir de manera obligatoria, pues era una de las condiciones que pedía la institución para realizar el servicio social; por lo que el Brain gym y la actividad ocupacional fueron actividades que agregue al taller de habilidades sociales y de comunicación.

4.1 Diseño y Desarrollo del Taller de Habilidades Sociales y de Comunicación.

Para diseñar el taller consideré las condiciones motoras y de comunicación de cada paciente, por ello, cada sesión fue diferente.

La parte de la actividad física y el Brain gym, fueron actividades que no cambiaban y tenían una rutina establecida, en comparación con la actividad ocupacional la cual era distinta en cada sesión, pues en una sesión podíamos recortar, pegar, colorear y en otras escribir, escuchar o jugar.

Así mismo, el taller terapéutico llevó por nombre TALLER DE HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN.

Según Ibiapina (2017) menciona que los talleres terapéuticos, tienen como objetivo diferenciar con relación a sus prácticas antecesoras y también señalan la necesidad de una actuación diversificada de un equipo de diversos profesionales. Así, en lugar de etiquetar al sujeto que padece una patología se propone que a través de la escucha, exista la posibilidad de que el individuo comparta sus vivencias y sentimiento y se dé cuenta de que el profesional de la salud puede contribuir a su rehabilitación psicosocial. Se han distinguido en gran medida por la creación de formas de hospitalidad, convivencia, medicaciones de diálogo y acompañamiento que asocian la clínica con la política.

Menciona Ibiapina (2017) que la inauguración de la psiquiátrica como campo médico y de acuerdo con las distintas teorías sobre la locura, se le conferían otros fines a esta actividad, como el trato moral, la ocupación, el entretenimiento y la generación de ingresos para el mantenimiento de instituciones similares.

En la actualidad, además de funcionar como uno de los organizadores de los servicios diarios de salud mental, el taller se ha entendido como espacio para la producción y gestión de la subjetividad, para la construcción de vínculos entre los individuos que sufren y sus grupos sociales, además de encuentro. (Ibiapina, 2017)

La propuesta de un taller terapéutico busca que, dentro de las indicaciones del proceso de tratamiento de la enfermedad como la esquizofrenia, los pacientes tengan actividades que les permitan estimular las habilidades que aún tengan, sé que existen otras actividades terapéuticas, y que no solo se utilizan para “entretenimiento” del paciente, sino que sean herramientas de apoyo, mediante las cuales se logre un proceso integral de control de enfermedad.

Por lo tanto, considere las siguientes acciones para realizar un taller: Actividad física, Brain Gym y terapia ocupacional, buscando que el paciente estimule sus habilidades sociales y de comunicación evitando que se pierdan, además de las habilidades motoras.

Mi intervención fue la siguiente:

Objetivo: Mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia

Sujetos: 15 Huéspedes

Escenarios: Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

Actividad física:

Según Barbosa y Urrea (2018) el ejercicio produce beneficios físicos, psicológicos y sociales para el cuerpo, siendo importante tanto en el ámbito terapéutico como preventivo. Desde el ámbito físico, el ejercicio deportivo mejora el funcionamiento del sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo y endocrino, fortaleciendo el sistema muscular y óseo, aumentando la flexibilidad, la disminución de los niveles de colesterol y triglicéridos, intolerancia a la glucosa, obesidad y adiposidad.

En Delgado, et al (2018), menciona Ramírez et al. (2010) el ejercicio físico optimiza el funcionamiento cardiovascular, ya que provoca reacciones desde nivel celular como aumento del aporte de oxígeno por medio del incremento del flujo sanguíneo producto de una vasodilatación (dilatación de los vasos sanguíneos, (RAE, 2020)), mediante la potencialización de las aptitudes físicas del entrenamiento de fuerza y de la capacidad aeróbica con el fin de mejorar la depresión y la función cognitiva como la atención, la velocidad de procesamiento, la función ejecutiva y el rendimiento de la memoria.

En Barbosa y Urrea (2018) en el ámbito psicológico, evita el estrés, adopción de hábitos de salud, mejora el autoconcepto y la autoestima, disminuye el riesgo de enfermar, generando efectos tranquilizantes y antidepresivos, mejorando los reflejos y la coordinación, aumenta la sensación de bienestar, prevención del insomnio, regula los ciclos del sueño y mejora el proceso de socialización.

Según la OMS, (2004) citado en Delgado, et al, (2018) el ejercicio físico mejora el nivel cognitivo y emocional brindando sensación de bienestar no solo físico sino también mental, disminuyendo los procesos de ansiedad y depresión debido a los efectos que este proporciona sobre el organismo, al generar un efecto en todos los sistemas que conforman el cuerpo humano, ya que facilita la modificación de las conexiones neurales para responder a un estímulo.

Dicho lo anterior, la actividad física la consideré porque en la entrevista que tuve con el Director una de las actividades esenciales que debía realizar era la actividad física. Por lo tanto la describo a continuación:

Cada ejercicio se repetirá durante 30 segundos.

La espalda debe estar recta.

1. Cuello diciendo que no.
2. Cuello diciendo que sí.
3. Estiramiento lateral de hombro derecho.
4. Estiramiento lateral de hombro Izquierdo.
5. Rotación de brazos hacia adelante.
6. Elevación de brazos alternos.
7. Rotación de la cadera hacia la derecha.
8. Rotación de la cadera hacia la izquierda.
9. Tocar la punta de los pies.
10. Tocar con el talón el glúteo derecho.
11. Tocar con el talón el glúteo izquierdo.

12. Zancada lateral derecha.
13. Zancada lateral izquierda.
14. Rotación de rodillas.
15. Da un paso con el pie derecho y flexiona un poco la rodilla.
16. Da un paso con el pie izquierdo y flexiona un poco la rodilla.
17. Codo izquierdo con pierna derecha y codo derecho con pierna izquierda.
18. Abrir y cerrar piernas y brazos con salto
19. Zancadas con salto y acompañado de brazos.

(pierdepesoencasa.com, 2014)

Brain Gym o Gimnasia Cerebral

Como parte de las actividades que realice para el diseño del taller, la actividad se conoce como Brain Gym o Gimnasia cerebral y según Riveros (2013) el Brain Gym o Gimnasia cerebral es un programa basado movimientos que utilizan sencillos ejercicios para integrar totalmente el cerebro y el cuerpo, preparándonos con habilidades físicas que necesitamos para realizar eficazmente cualquier tarea en el ámbito educativo, psicosocial o como técnicas psicoterapéuticas para ser aplicadas a personas de la tercera edad, también en problemas emocionales, como lo son: depresión, ansiedad, falta de concentración, miedo, dolor de cabeza, entre otros.

Menciona Riveros (2013) la mejora en el funcionamiento del cerebro es gracias al uso de los movimientos en la Gimnasia cerebral y da lugar a beneficios en las siguientes áreas:

- Memoria, concentración y focalización.

- Coordinación física y equilibrio
- Habilidades de comunicación y desarrollo lingüístico.
- Desarrollo personal y manejo de estrés.
- Fortalecer habilidades y procesos de aprendizaje.
- Estar motivado.
- Mejorar actitud y comportamiento.

Tabla 2.

Nudos

Pasos	Beneficios
1. Cruza tus pies, en equilibrio. 2. Estira tus brazos hacia el frente, separados uno del otro. 3. Coloca las palma de tus manos hacia afuera y los pulgares apuntando hacia abajo. 4. Entrelaza tus manos llevándolas hacia tu pecho y pon tus hombros hacia abajo. 5. Mientras mantienes esta posición apoya tu lengua arriba en la zona media de tu paladar	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto integrativo en el cerebro. • Activa conscientemente la corteza tanto sensorial como motora de cada hemisferio cerebral. • Apoyar la lengua en el paladar provoca que el cerebro esté atento. • Conecta las emociones en el sistema límbico cerebral. • Da una perspectiva integrativa para aprender y responder más efectivamente. • Disminuye niveles de estrés relocalizando los aprendizajes.

Ibarra, 1999.

Nota: Describo la actividad de los Nudos, los pasos a seguir y los beneficios que se obtienen.

Tabla 3.

Ochitos acostados.

Pasos	Beneficios
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliza una hoja grande de papel y una hoja en la pared al nivel de tus ojos. 2. Dibuja un ocho acostado empezando por el centro (donde se cruzan las líneas) y de ahí hacia arriba a la derecha. 3. Cada vez que muevas tu mano el ojo debe seguir ese movimiento; si tu ojo tiende a ir más rápido que tu mano, aumenta la velocidad de esta; lo importante es que tu ojo siga a tu mano y no la pierda de vista. 4. Repite tres veces este movimiento sobre el mismo ocho que dibujaste inicialmente. 5. Usando tu ocho inicial cambia a la dirección contraria (abajo a la izquierda). 6. Repite tres veces este movimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la comunicación escrita. • Establece el ritmo y fluidez necesarios para una buena coordinación mano/ojo. • Estimula los músculos más largos de los ojos y la alerta táctil. • Relaja los músculos de manos, brazos y hombros, y facilita el proceso de visión. • Ayuda a la integración colateral del pensamiento (conexión de ambos hemisferios cerebrales). • Favorece el que las ideas fluyan fácilmente.

Ibarra, 1999.

Nota: Describo la actividad de los Ochitos acostados, los pasos en la columna izquierda y los beneficios en la columna derecha.

Tabla 4.

El Peter Pan

Pasos	Beneficios
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma ambas orejas por las puntas. 2. Tira hacia arriba y un poco hacia atrás. 3. Mantenlas así por espacio de veinte 	<ul style="list-style-type: none"> • Despierta todo el mecanismo de la audición. • Asiste a la memoria. • Enlaza el lóbulo temporal del cerebro (por

segundos. 4. Descansa brevemente. 5. Repite el ejercicio tres veces	donde escuchamos) y el sistema límbico (donde se encuentra la memoria). <ul style="list-style-type: none"> • Si necesitas recordar algo, haz este ejercicio y notarás el resultado: en algunas personas es inmediato, en otras saltará la información a la mente en cuestión de segundos
---	--

Ibarra, 1999

Nota: Describo en la columna derecha los pasos y en la columna izquierda los beneficios del ejercicio de El Peter Pan.

Tabla 5.

Gateo cruzado.

Pasos	Beneficios
1. Los movimientos del "gateo cruzado" deben efectuarse como en cámara lenta. 2. En posición de firme toca con el codo derecho (doblando tu brazo) la rodilla izquierda (levantando y doblando tu pierna). 3. Regresa a la postura inicial. 4. Con el codo izquierdo toca la rodilla derecha lentamente. 5. Regresa a la posición inicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos hemisferios cerebrales se activan y comunican. • Facilita el balance de la activación nerviosa. • Se forman más redes nerviosas. • Prepara el cerebro para un mayor nivel de razonamiento. • Es excelente para activar el funcionamiento mente/cuerpo antes de llevar a cabo actividades físicas como el deporte o bailar.

Ibarra, 1999.

Nota: Detallo los pasos en la columna izquierda y los beneficios en la columna derecha, para el ejercicio de Gateo cruzado.

Tabla 6.

Activación de brazo.

Pasos	Beneficios
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicia con el brazo derecho levantado, como si quisieras alcanzar el techo. 2. Coloca la mano izquierda arriba de tu axila derecha, sobre los músculos del bíceps. 3. Inhala al exhalar lenta y suavemente por la boca, presiona el brazo derecho con la mano izquierda. 4. Cuando termines de exhalar, relaja la presión e inhala profundamente. 5. Repite ahora llevando el brazo derecho hacia la oreja, lejos de ella y hacia atrás. 6. Repite todo el proceso con el otro brazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control muscular de la motricidad fina y gruesa. • Relaja y coordina los músculos • Escritura creativa, ortografía y caligrafía.

Denison, 2007. Citado en Martínez, 2015.

Nota: Detallo en la columna izquierda los pasos a seguir y en la columna de la derecha los beneficios que se obtienen con el ejercicio de activación del brazo.

Terapia ocupacional

También consideré la terapia ocupacional pues según Rueda, Valdebenito, Lolas (2005) mencionan que la orientación de la terapia ocupacional hacia el área de la salud mental surgió desde su origen como una carrera profesional. La funcionalidad y los beneficios en la recuperación psicosocial funcional y la recaudación de comportamiento en las personas que además de tratamiento psiquiátrico y farmacológico eran incorporadas a un programa de utilización sana del tiempo libre, constituyen el fundamento gestor de la terapia ocupacional

como quehacer científico en pro de la salud. La ocupación es un concepto que sintetiza un saber especulado vinculado a los hechos del mundo a través de un saber hacer.

Dice Paredes, Flores, Ruiz, (2011), los programas de terapia ocupacional sirven con el propósito de ayudar a las personas con algún tipo de desventaja motora, sensorial, cognitiva, emocional, para que adquieran, recuperen o mantengan los conocimientos adquiridos, las destrezas y las actitudes necesarias y puedan ser autónomos y consigan la integración social.

Además, las estrategias de un programa de terapia ocupacional deben ser individualizadas, contemplando actividades claramente estructuradas y donde el nivel de sus desafíos, se ajusten, al nivel de capacidades que se valora en la persona y a sus preferencias (referidas, observadas y/o expresadas). (Paredes, Flores, Ruiz, 2011)

Buytendijk, mencionado por Rueda, Valdebenito, Lolas (2005) distingue dos tipos de praxis, una es un movimiento expresivo y otra un movimiento representativo. La praxis comprende las manifestaciones motoras y reactivas cuyo sentido radica en su relación con una meta determinada o un estado final. Los movimientos expresivos tienen en sí mismos un significado. Los movimientos representativos, específicamente humanos, aunque no estén siempre dirigidos a una meta exterior, se vinculan a un significado al que se refiere, que muestran y que significan (gestos, lenguaje, escritura, conducta escénica).

Paredes, Flores, Ruiz, (2011) dicen que los participantes se sentirán a gusto en participar en actividades que además de ser útiles en su rehabilitación, colaboran con la formación de

nuevos profesionales. Esta relación que va en ambas direcciones, ya que fomenta un vínculo distinguido por una cercanía interpersonal que propicia la cooperación, el diálogo y la convergencia en tareas comunes.

De este modo, desarrolle 71 sesiones del taller, considerando lo antes mencionado.

“Taller de habilidades sociales y de comunicación”

A continuación describiré 10 sesiones que formaron parte de esta intervención:

Tabla 7.

Sesión 1

Sesión 1	5 de septiembre de 2019		Participantes: 13	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Colorear	Colores o crayolas Dibujo	Se entregara a cada huésped un dibujo y se le pidió que coloreara	Motricidad fina Atención socialización	Logre que colorearan el dibujo, sin embargo, hay quienes no delimitaron la figura y solo rayaban, además ponían el color que sea no distinguían entre un color y otro.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Describo la actividad que se llevó a cabo en la primera sesión, los recursos, el desarrollo las habilidades que se pusieron en práctica y los resultados.

Tabla 8.

Sesión 5

Sesión 5	17 de septiembre de 2019		Participantes: 13	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Receta de cocina	Galletas María Leche condensada Jugo de limón Leche evaporada 20 moldes de plástico con tapa	Se le entrego a cada huésped la cantidad de 6 galletas, tres mujeres (huéspedes) las más funcionales, mezclaron el jugo de limón, la leche evaporada y la leche condensada hasta tener una mezcla espesa y homogénea. Se le pidió que siguiera un patrón de mezcla-licuado-mezcla, hasta culminar con las 6 galletas y la mezcla es la última capa.	Concentración Atención Participación Paciencia	La mayoría siguió los pasos y esperaron su turno, pero hubo quienes se desesperaron y se comían las galletas.

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad que se llevó a cabo en la quinta sesión, los recursos, el desarrollo las habilidades que se pusieron en práctica y los resultados.

Tabla 9

Sesión 22

Sesión 22	26 de octubre de 2019		Participantes: 14	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
sudoku	Plumón para pizarrón y copias	Jugamos sudoku, entre todos los huéspedes solucionamos la actividad.	Atención Pensamiento crítico Pensamiento lógico Sentido numérico	Logre que todos participaran, sin embargo, hay quienes no conocen los números y no comprenden la finalidad del ejercicio.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Describo la actividad veinte dos, los recursos utilizados, el desarrollo, las habilidades que se pusieron en práctica y por último los resultados.

Tabla 10

Sesión 30

Sesión 30	16 de noviembre de 2019		Participantes: 14	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Árbol de navidad	Popotes de diferentes medidas y con un orificio muy pequeño justo en medio Palito de	Realizamos un árbol de navidad con popotes de colores y palito de banderilla. Consistía en	Atención Motricidad fina Concentración Coordinación Paciencia Imaginación	Todos participaron en la actividad, a pesar de la comunicación, fueron pacientes, y se

	madera Molde de plástico	acomodar por tamaños los popotes al finalizar se coloca en una base de plástico y una estrella en la punta.		concentraron en el ejercicio.
--	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad treinta, los recursos utilizados, el desarrollo, las habilidades que se pusieron en práctica, así como los resultados.

Tabla 11

Sesión 39

Sesión 39	17 de diciembre de 2019		Participantes: 14	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Tarjeta navideña	Hojas de colores Colores plumones	Cada uno de los huéspedes realizo una tarjeta navideña con ayuda de la imaginación y de materiales para decorarla.	Motricidad fina Atención Imaginación Percepción visual	Todos realizaron la actividad, además usaron su imaginación, y utilizaron varios elementos para su decoración.

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad treinta y nueve, los recursos que se utilizaron, el desarrollo de la misma, las habilidades puestas en práctica y los resultados obtenidos.

Tabla 12

Sesión 41

Sesión 41	21 de diciembre de 2019		Participantes: 14	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Lectura	Libro “Casi medio año”	Lectura del libro “Casi Medio Año”. Al finalizar la lectura se hace una ronda de preguntas.	Concentración Imaginación Participación Razonamiento Conocimientos previos	Casi todos los pacientes escuchaban la lectura del libro, sin embargo no todos participaban, y cuando se les preguntaban algo me contestaban otra cosa porque no ponían atención, o simplemente porque no saben cuál es el fin de una lectura.

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad cuarenta y uno, los recursos que se requirieron, el desarrollo, las habilidades puestas en práctica y los resultados.

Tabla 13

Sesión 47

Sesión 47	4 de enero de 2020		Participantes: 15	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Calendario	Hojas blancas Colores, plumones y crayones Calendario	Realizamos un calendario, también hacemos una recopilación de las fechas más importantes del mes, y con base a ello realizaban un dibujo de acuerdo al mes que les haya tocado.	Tiempo Organización Anticipación Imaginación	Todos participaron, utilizaron su imaginación para dibujar, recordaron fechas importantes y las plasmaron.

Fuentes: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad cuarenta y siete, los recursos utilizados, el desarrollo, las habilidades que se pusieron en práctica y los resultados.

Tabla 14

Sesión 48

Sesión 48	7 de enero de 2020		Participantes: 15	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Basta	Hojas blancas lápiz	Jugamos basta, delimitamos los componentes de	Pensar Escribir Leer	La mayoría participa, sin embargo,

		nuestra tabla y las reglas del juego.	Rapidez Reconocimiento de letras	algunos de los que realizan la actividad no ubican las letras, números y no saben escribir. Pero hacen el intento.
--	--	---------------------------------------	-------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad cuarenta y ocho, los recursos, el desarrollo, las habilidades que se pusieron en práctica y por último los resultados.

Tabla 15

Sesión 66

Sesión 66	29 de febrero de 2020		Participantes: 15	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Collar hawaiano	Flores de colores Popotes de 5 cm de colores Listón o cuerda de 60 cm	Ensartar una flor, un popote, flor y popote hasta llegar al final de la cuerda amarrar ambos extremos juntos.	Secuencia Motricidad fina Atención Coordinación	Todos los huéspedes realizaron la actividad, siguieron el patrón, hubo quienes se quedaron con el collar todo el día,

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad sesenta y seis, los recursos que se utilizaron, el desarrollo y las habilidades que se pusieron en práctica para su desarrollo y los resultados.

Tabla 16

Sesión 68

Sesión 68	7 de marzo de 2020		Participantes: 15	
Actividad:	Recursos	Desarrollo	Habilidad	Resultados
Flor de papel	Tiras de papel Círculos de papel de 6 cm pegamento	Realizamos una flor de papel, utilizamos tiras de papel crepe de 15 cm, un círculo de 5 cm de diámetro, pegamento para pegar las tiras de papel y cinta adhesiva para pegar la flor en la pared	Atención Concentración Motricidad fina Coordinación	Todos realizaron la actividad de la flor, hubo quienes hicieron más de las previstas, las texturas les causaron incomodidad y pedían en todo momento lavarse las manos.

Fuente: Elaboración propia

Nota: Describo la actividad sesenta y ocho, los recursos utilizados, el desarrollo, las habilidades puestas en práctica

Las actividades me permitieron tener un buen canal de comunicación, sin duda, uno de los elementos que considere importantes para poder generar esa comunicación es la forma en que

me dirigía hacia ellos, siempre fue de respeto y el tono es de mi voz fue claro con tranquilidad, utilizaba palabras como *amor*, *cariño* y hasta por su nombre para animar al paciente a realizar las actividades y que todo fluyera de manera tranquila y sin alteraciones.

4.2 Trabajo con Pacientes

A continuación describo las características de algunos pacientes, mencionó su diagnóstico, ¿cómo llegó a ese lugar?, y el contexto en el que se encontraba cuando fue diagnosticado, también de forma individual nombro los resultados de cada uno.

Caso 1. Moisés

Paciente con 54 años de edad, es diagnosticado con *esquizofrenia hebefrénica* desde los 16 años de edad. Es practicante de la religión judía. Casi no hablaba y cuando lo hacía era porque algo le molestaba.

Desde los 10 años queda a cargo de los abuelos maternos, sus padres se divorciaron y la madre muere por causas desconocidas, es internado por su papá a la edad de 16 años. Habla hebreo, inglés y español.

Según el CIE-10 (2008) la *esquizofrenia hebefrénica* hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias, comportamientos irresponsables e impredecibles, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia

al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes. (CIE-10, 2008).

A consecuencia del deterioro cerebral su motricidad es limitada, su caminata es lenta y esta jorobado, la cantidad de medicamento ha provocado que la mayor parte del tiempo este somnoliento durante el día y en la noche tenga mucha energía, padece de incontinencia urinaria y en ocasiones fecal, casi no habla y cuando lo hace es incoherente con su discurso, tiene episodios de su infancia.

Moisés recibe un tratamiento psiquiátrico combinado con un tratamiento farmacológico, entre los medicamentos que le son suministrados son: Risperidona, clonazepam, haldol, entre otros.

Las actividades que realizaba con Moisés al iniciar el día eran de higiene y aliño, lavaba su cabeza pues tenía exceso de caspa, que cubría gran parte de su cabeza, pero que también comenzaba afectar sus orejas y parte de las cejas, era muy notorio, pues el exceso de piel muerta cubría parte de su ropa.

Normalmente yo seleccionaba la ropa que debía usar, no debía ser pantalón pues la ropa muy apretada dañaba notoriamente su piel, pues era muy sensible, la ropa debía ser un pants, calzón, camiseta, playera y calcetines, él realizaba casi toda la actividad, únicamente intervenía a

la hora de poner la camiseta y los calcetines, la primera porque no le gustaba usar, sin embargo, era parte del vestuario, y en los calcetines porque le costaba trabajo agacharse y jalarlos.

A la hora del desayuno él se sentaba en el momento en que yo me sentaba y ayudaba a picar los alimentos en trozos pequeños, si observaba que comenzaba a comer con rapidez obstruía el paso con mi mano y esperábamos un momento hasta que él disminuyera su ritmo, cuando se trataba de tomar agua o té, solo servíamos al inicio de los alimentos junto con los medicamentos y al finalizar los alimentos.

Evitaba que jugara con los apagadores de la luz, lo esperaba afuera del baño no más de 10 minutos pues tendía a quedarse dormido.

Posterior a ello, salíamos a caminar lo llevaba agarrado de la mano pues no podía darle el brazo pues se colgaba y comenzaba a caminar rápido, además tenía que ser así, ya que tendía a irse a otro lado.

A la hora del taller, hacia la parte de la actividad física con precaución le ayudaba a realizar algunos, le auxiliaba a realizar los ejercicios de Brain gym así como la terapia ocupacional.

Cuando salíamos fuera de las instalaciones de Casa de Medio Camino A.C., esto ocurría el segundo sábado del mes, asistíamos a desayunar a un restaurante; durante el trayecto era muy tranquilo, sin embargo, durante la estancia cuidaba que no tomara algún alimento que no estuviera en su plato o a su alcance, para salir del lugar lo tomaba del brazo y directo a la salida, esperábamos al resto de los compañeros fuera del establecimiento.

Logré que ingeriera despacio los alimentos aunque necesita mucha instrucción, antes de finalizar el servicio social él ya no salió a caminar pues sufrió una caída y lo tenía que asistir con respecto a medicamentos y alimentación. Eliminé la caspa de la cabeza y de parte de los oídos, con ayuda de su enfermera. Hablaba un poco más, en comparación a cuando lo conocí.

Caso 2. Lulú

Paciente con 58 años de edad, fue diagnosticada con *esquizofrenia paranoide* a la edad de 15 años, tuvo una vida tranquila con medicación y supervisión familiar, se casó a la edad de 24 años no tuvo hijos, sin embargo a los pocos años se divorció, quedando de este modo soltera y cuidando a su mamá.

En capítulos anteriores se menciona que la *esquizofrenia paranoide* según el CIE-10 (2008) se caracteriza por ideas delirantes que implican la sensación de ser observado, vigilado o perseguido e incluso la convicción de ser la víctima de una conspiración, así como, las interpretaciones delirantes autorreferenciales y las alucinaciones auditivas.

Cuando muere su mamá, comienza una etapa complicada pues se salía de su casa sin rumbo fijo y a comprar sin limitación alguna, no sigue su tratamiento farmacológico. Tiempo después es diagnosticada con depresión severa profunda y trastorno compulsivo, a pesar de tener ya un diagnóstico de esquizofrenia.

Por sugerencia del psiquiatra, por su estado mental y por decisión familiar, se toma la decisión de buscar una casa de asistencia. Es así, como lleva 10 años en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

Ella tenía un tratamiento psiquiátrico combinado con el farmacológico, entre los medicamentos que ingería era el carbonato de litio, risperidonona, carbamazepina y clonazepam. Platicaba muy bien, su discurso en público era coherente y no distorsionado, no tenía ningún problema motor, se maquillaba y trataba de que el color de la sombra en los ojos combinara con su ropa, al ver su comportamiento, como se expresaba y como dialogaba no hubiera pensado que tuviera esquizofrenia pues se veía una persona *normal*.

Las actividades que realizaba con Lulú fueron muy pocas, pues era una huésped relativamente autónoma, cuando yo llegaba a las instalaciones de la institución ella ya estaba bañada y alineada y su cuarto en orden, es decir, cama tendida y sus cosas personales organizadas.

Nunca tuvimos problemas con el desayuno, ingería sus alimentos adecuadamente, ella evitaba tener comunicación en especial con una compañera pues si comenzaba a hablar con ella la compañera comenzaba a molestarla y Lulú entraba en crisis.

Cuando salíamos a caminar, era la persona más tranquila para salir iba hasta atrás con su inseparable compañera de cuarto Lissette, cuando llegábamos a la tienda se compraba una coca y

2 o 3 galletas, evitaba que la comparará y la sustituyera por un yogurt, hubo días en que si lo lograba otros en que no, sin embargo, siempre tranquila y abierta a las posibilidades.

Tuve la oportunidad de acompañarla en una ocasión al servicio médico general, supervise que en el trayecto estuviera tranquila y como hacia su recorrido, desde subir al transporte público, hasta llegar a la clínica, que entregará sola su carnet y esperara su turno, su relación con el médico, así como, la recepción de su medicamento y la manera en cómo me dirigía para ir de regreso a la institución, siempre fue de respeto, con tranquilidad y con seriedad.

Casi al finalizar mi estancia, logre que conviviera más con sus compañeros y que fuera más tolerante, en particular con sus compañeras.

Caso 3. Rosa María

Mujer de 54 años de edad, fue diagnosticada a la edad de 20 años con *esquizofrenia paranoide* y según el CIE-10 (2008) se caracteriza por tener un predominio de síntomas positivos con ideas delirantes que implican la sensación de ser observado, vigilado o perseguido e incluso la convicción de ser la víctima de una conspiración y es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. Son frecuentes las interpretaciones delirantes autorreferenciales y son comunes las alucinaciones auditivas en forma de voces que comentan lo que hace o lo insultante.

Es soltera no tuvo hijos y tampoco se casó, es practicante de la religión católica aunque ya no la práctica por la condición, los delirios son muy recurrentes y relacionados con la religión

y con las monjas, cabe señalar que tuvo una educación religiosa lo cual también contribuye a ese tipo de alucinaciones.

Con el tiempo ha perdido masa muscular, por cuestiones de medicación tiene Parkinson medicinal y exceso de vello en el rostro, su caminata es lenta, es agresiva, además tiene trastorno del sueño a consecuencia de las alucinaciones por lo tanto tiene ojeras, ha perdido movilidad, se le dificulta caminar y subir escalones.

Ha estado internada en un hospital psiquiátrico, tuvo mejorías y fue enviada a casa, sin embargo, su hermano no soporto el comportamiento y decide buscar una casa para que ambos estén tranquilos. Casi nadie la visita, lleva en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. cerca de 15 años.

A la hora que llegaba a las instalaciones, supervisaba que ella ya estuviera despierta y que alistará sus cosas de higiene y hacía hincapié que solo tenía 30 minutos, que no podía llevarse muchas cosas al baño únicamente bata de baño y productos de aseo personal (shampoo, jabón y acondicionador).

Comía muy bien y de manera tranquila, todo el tiempo quería estar tomando refresco, le costaba mucho trabajo tomar su medicamento comenzaba a decir groserías e insultar a quien le diera las pastillas, sin embargo, lo tenía que hacer y eso no se negociaba.

También ayudaba a ordenar su habitación eso incluía tender cama, doblar y acomodar ropa, en varias ocasiones me contaba de su mamá sus 8 hermanos, el lugar en donde vivía, la escuela a donde iba y lo que las monjas le decían.

La motivaba para que saliera a caminar, en muchas ocasiones no lo lograba y cuando lo hacía evitaba que tomara coca cola o algún otro tipo de refresco pues estos productos la alteraban. Al final de mi estancia en ese lugar, ya no salía pues había sufrido una caída y una intoxicación que le impedían poder levantar los pies.

Sin duda, uno de los momentos en que más se alteraba era en el taller, pues aunque la motivaba para que hiciera las actividades, muchas veces no lo logre y cuando lo hacía lograba que hiciera de 2 a 3 ejercicios de actividad física y Brain gym, a la actividad manual no entraba pues se molestaba y comenzaba a gritarme, se iba o simplemente no lo hacía, me decía que se iba a manchar y que su mamá la iba a regañar.

Hubo un momento en que quede impactada, pues ayude a rasurarle la cara estuvo tranquila y me platicaba que ella ya no podía porque no se veía por completo el área que tenía que rasurarse, por cuestiones de seguridad la tenía que observar y es que era un artículo de uso personal y punzo cortante, por lo tanto requería supervisión y ayuda para que evitara cortarse o que hiciera mal uso del artículo.

Cuando salíamos fuera de las instalaciones, supervisaba que estuviera tranquila y caminara bien, tendía a arrastrar los pies lo que ocasionaba que se cayera, en una ocasión sufrió

una caída en medio de la calle por suerte no pasaban carros y hubo un vecino quien ayudo a Rosa a levantarse, pero sin duda, se complicó poder auxiliar pues se puso muy necia y su rigidez en las extremidades impidió que se hiciera en corto tiempo.

Antes de terminar mi servicio social hice una evaluación con respecto a los logros y fue muy determinante lo que observe con ella, pues no logre nada, pues se volvió más agresiva, gritaba y decía groserías, la intoxicación y el aumento de medicamento provoco que se le dificultara aún más la capacidad de caminar y por ende realizar alguna actividad.

Caso 4. Guillermo

Paciente de 36 años de edad, fue diagnosticado a la edad de 16 años con *esquizofrenia paranoide*, dicho en uno de los capítulos anteriores, y según el CIE-10 (2008) este tipo de esquizofrenia se caracteriza por tener un predominio de síntomas positivos con ideas delirantes que implican la sensación de ser observado, vigilado o perseguido e incluso la convicción de ser la víctima de una conspiración y es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. Son frecuentes las interpretaciones delirantes autorreferenciales y son comunes las alucinaciones auditivas en forma de voces que comentan lo que hace o lo insultan.

Después de haber sido diagnosticado, recibió varios tratamientos en diferentes países, entre ellos se encuentran los electrochoques, la hospitalización en un sanatorio mental, sin embargo, el mal manejo de medicamentos causo daño en el sistema nervioso central por lo cual tiene movimientos involuntarios tanto en brazos, cabeza y espalda, se le dificulta caminar derecho y para lograrlo necesita de un trapo o pedazo de tela el cual muerde y agarra con la

mano haciendo diversos movimientos, que a simple vista son desconcertantes y hasta fuertes pues no son normales en una persona con esquizofrenia o en una persona que este sana.

El único familiar directo que tiene es su hermano, sus padres murieron desconozco las causas, su hermano es quien lo visita de forma regular en las instalaciones de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino y quien es su tutor legal.

La mayor parte del día permanece en su cuarto, no socializa con sus compañeros, grita y dice groserías cuando obstruyen su paso, se irrita muy fácil. Cuando llegaba, subía a su cuarto y verificaba que ya estuviera despierto, le mencionaba que se tenía que cambiar toda la ropa y ponerse desodorante, dudaba si utilizaba los productos de aseo personal, pues la mayor parte del día desprendía un olor muy fuerte a sudor y mugre.

A la hora de los alimentos supervisaba que esperara su turno, pues tendía a aventar a quien estuviera en su paso, en ese aspecto era muy grosero, y pocas personas le podían decir que tuviera cuidado, porque si no se molestaba y comenzaba a decir groserías, observaba que comiera despacio y respetará su espacio, pues invadía el lugar de su compañero de junto, también le mencionaba que por favor limpiará el lugar donde había comido porque tiraba mucho alimento y quedaba embarrado en la mesa.

Cuando salíamos a caminar él se adelantaba del resto de sus compañeros, observaba que ninguna persona lo agrediera verbalmente por su condición, le mencionaba que tuviera cuidado con los productos de la tienda pues empujaba todo y lo cobraban si se maltrataba.

Insistía en que realizaré un poco de actividad física y Brain gym, pocas veces lo logre y cuando lo hizo era porque la actividad permitía que estuviera sentado, en la terapia ocupacional si estaba presente y realizaba la actividad, no lo ayudaba pues él no lo permitía solo observaba que lo hiciera, no checaba si estaba bien hecho solo verificaba que lo hiciera y que se esforzará. Cabe mencionar, que solo entraba una vez a taller y eso era en la mañana.

Cuando hice una evaluación acerca de los logros alcanzados con los pacientes, con Guillermo no logre nada, al contrario, se aisló más de sus compañeros y me pidió que le hablara por su nombre y que no tratara de ser amable con él.

Caso 5. Fernando

Paciente de 40 años, fue diagnosticado a la edad 18 años de edad, comenzó con pocas ganas de ir a la escuela y sin ánimos, tiempo después se le diagnostica con *esquizofrenia catatónica* por el Instituto de Mexicano del Seguro Social, y las características de dicho padecimiento según el CIE-10 (2008) son predominación de importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alterar extremos tales como la hipercinesis y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos.

Su hermana y su papá son los familiares directos y quienes lo visitan, su mamá falleció. Tuvo la oportunidad de terminar la preparatoria y tener un trabajo, sin embargo, esa actividad no prospero porque no fue constante, su papá puso muchas ilusiones en él, pero no se pudieron cumplir. También vivió solo, por corto tiempo, no obstante, de tantas exigencias tuvo un intento

de suicidio y decide aventarse de un 2° piso y como consecuencia desviación de la columna. Aunado a eso, fue indigente por un lapso de 7 días.

Ha tenido varias recaídas, lo cual ha hecho que esté en un sanatorio mental y en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., en este último, ha pasado los últimos 6 años de su vida.

Cuando llegaba, verificaba que ya estuviera bañado y alineado, además de la actividad del mes realizada, esta era vaciar los botes de basura pequeños en el bote grande, tanto de las habitaciones, de la cocina y el de la coordinación, nunca tuvo problemas y era una persona responsable con lo que tenía que hacer y sobre sí mismo, era vegano.

A la hora de la ingesta de alimentos y medicamentos, supervisaba que esperara su turno, que comiera despacio y que tomara su medicamento.

A la hora de salir a caminar supervisaba que no se alejara de sus compañeros y en la tienda que no se fuera para ningún otro lugar, sumamente tranquilo, cuando lo veía no creía su diagnóstico pues tenía buena apariencia, tendía a acumular costales nunca supe para qué, también acumulaba botellas de plástico, mismas que usaba para hacer del baño y después con las mismas tomaba agua.

Lo motivaba para que realizara actividad física, Brain gym y la terapia ocupacional, siempre tranquilo, en algún momento tuvo un intercambio de palabras con Guillermo, pero nada de qué preocuparse.

Le gustaba jugar en las tardes juegos de mesa con alguno de sus compañeros o también le gustaba tejer, había días en que salía a comer con su hermana o con su papá.

Al realizar mi evaluación, me di cuenta de que con Fernando, no había que cambiar nada, pues realizaba todo, solo era motivarlo para entrar a taller, por lo demás era muy eficaz.

Capítulo V. Relación de la Práctica con el Perfil de Egreso del Psicólogo Educativo

En el presente capítulo describo la relación que hay entre la práctica, es decir, lo que hice en asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino y el perfil de egreso del Psicólogo Educativo de la Universidad Pedagógica Nacional, por consiguientes los conocimientos que se relacionan, las habilidades y las actitudes que desarrolle en dicha institución.

Según la Universidad Pedagógica Nacional (2020) en su página web refiere lo siguiente con respecto a la Licenciatura en Psicología Educativa:

Objetivo

Formar profesionales con una actitud de servicio y trabajo dirigidos a la comunidad educativa (autoridades, padres, maestros y alumnos) otorgando un reconocimiento amplio de los avances teóricos y los recursos metodológicos de la psicología y otras disciplinas afines, para comprender y atender problemas educativos asociados a procesos de desarrollo, aprendizaje y socialización de los individuos a nivel del currículo formal, el salón de clase, el grupo escolar y la institución educativa. (UPN, 2020)

Perfil de egreso

El egresado contará con los conocimientos generales acerca del desarrollo humano y los procesos de aprendizaje para diseñar y llevar a cabo programas de intervención y apoyo psicopedagógico que fortalezcan el desarrollo autónomo y capacidad de actuación de los educandos y comunidades de aprendizaje en ámbitos escolares y extraescolares. El psicólogo

educativo de la UPN dará especial atención a la diversidad social y comprenderá los contextos socioculturales en que surgen las necesidades educativas, de manera sistemática y efectiva. Así mismo, contará con los conocimientos y habilidades para proporcionar asesorías psicopedagógicas a distintos agentes educativos, para mejorar la organización escolar, para la formulación de programas educativos preventivos y podrá colaborar con otros profesionales en la mejora de los procesos educativos. (UPN, 2020).

Campo laboral

El egresado de la licenciatura en psicología educativa podrá desarrollar sus actividades en:

- Instituciones educativas en los sectores público y privado desde el nivel preescolar hasta el superior
- Empresas públicas y particulares de capacitación y actualización
- Instituciones sociales como hospitales, asociaciones civiles, organismos gubernamentales. (UPN, 2020)

Sin duda uno de los mayores aprendizajes que me llevo al trabajar en esta institución es que hay que ser empáticos ante la situación, que la tranquilidad y la paciencia son de las mayores habilidades que pude haber desarrollado. Otra y creo que la más importante es que la salud mental, es igual de importante que un resfriado o un dolor de muela.

Mi propósito era mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia y sin duda no lo logre como yo hubiera querido, el campo laboral también lo permitió, pues es una asociación

civil que requería la participación de un psicólogo educativo el cual fuera capaz de contribuir en la rehabilitación y asistencia de pacientes con esquizofrenia.

Además, de que fuera capaz de realizar las actividades mencionadas en capítulos anteriores, y aunque realice más actividades de las acordadas eso me permitió ser más humana y empática con poblaciones que son vulnerables por cuestiones de genética y que no pueden tener una vida más autónoma e independiente.

Las instituciones privadas, en específico Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., tiene un campo laboral en el que se podría desarrollar satisfactoriamente un psicólogo educativo, aunque, en ocasiones realiza más actividades de las que están a su cargo y eso pudiera molestar al psicólogo educativo, pues no estamos para bañar a una persona, pero eso también permite tener una relación de confianza y comunicación con el paciente.

5.1 Mirada retrospectiva de la formación

Como parte de mi formación en la carrera de Psicología Educativa, los aprendizajes adquiridos durante la materia de planeación de la enseñanza, diseño de proyectos y comunicación educativa me ayudaron para poder planear mi taller, pues tuve que considerar los contenidos que iba a impartir, así como, el contexto, la etapa evolutiva de las personas a quien iba dirigido y las condiciones de aprendizaje de las personas, por lo consiguiente, fui capaz de diseñar un programa de intervención, fortalecí el desarrollo autónomo, la capacidad de los

educandos y las comunidades de aprendizaje, por otro lado, el contenido tuvo un objetivo y el modo en cómo se desarrollarían los contenidos.

Por consiguiente, los conocimientos adquiridos en la asignatura de psicología evolutiva de la adultez y vejez me ayudaron para comprender el desarrollo físico y psicológico de las personas, también los adquiridos en Introducción a la Psicología Educativa, Aprendizaje y Estrategias de Aprendizaje para poder tener un mejor control de los procesos conductuales de los huéspedes y ser firme ante alguna decisión para evitar un conflicto.

Tenía que comprender esa comunidad de aprendizaje, que ya estaba establecida y que ya tenía formas de trabajar, y que a su vez integrar nuevas actividades iba a costar trabajo, pero todos los agentes tuvieron la disposición de aceptar nuevas formas de trabajo y nuevas actividades, y sin duda, fue una de las mejores experiencias.

Pienso que tener alguna materia referente a neurodesarrollo o alguna otra que esté relacionada con la neurociencia, podría facilitar el conocimiento de este tipo de trastornos además de sus características.

Algo que sí considero que me hizo falta, fue conocer más acerca del padecimiento, que si bien, investigue información en diversas fuentes, mucha de esa información fue verídica para comprender dicho trastorno, pero sin duda alguna, todo lo que supe del padecimiento lo obtuve en la práctica y con el tiempo, comprendí los síntomas positivos y negativos, las consecuencias de la medicación, el deterioro motor, psicológico y cognitivo en una persona.

5.2 Los Aprendizajes, Dificultades, Alcances

Como lo mencione anteriormente, mi estancia en esta institución me enseñó muchas cosas, uno de ellas y creo yo la más importante, es que la salud mental también debería de ser tema tratado con la misma relevancia en que es tratado un dolor de muela, un dolor de cabeza o simplemente un resfriado.

Otro aprendizaje que me llevo es que las personas con algún trastorno que imposibilite su desarrollo integral, también deben y merecen tener una buena calidad de vida en la que puedan desarrollarse satisfactoriamente, aun con apoyo.

Con las actividades que implemente, diseñe y ejecute, el objetivo de mi intervención, siempre fue, mejorar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia y dentro de esa tarea me encontré muchos obstáculos los cuales fueron: animar a los pacientes, pues las actividades estaban pensadas en todos y por uno o dos que no quisieran trabajar pues le restaba tiempo y atención a gran parte de las actividades programadas para ese día, ya que tenía que estar insistiendo en que trabajara o hiciera parte de las actividades aunque sea un poco por lo que los demás pacientes perdían el interés o se molestaban porque no les ponía atención.

También otro de los obstáculos fue la constancia, pues al principio, estaba en las instalaciones 3 veces a la semana y posterior a ello solo 2, entonces no había constancia en ninguna de las actividades, pues los otros compañeros de servicio social que estaban en otros días no hacían las mismas actividades que yo, ya que cada quien tenía planeaciones distintas.

Sabía que tenía que haber constancia en el Brain gym para evitar el deterioro en varios ámbitos de la vida del paciente, en especial, de los que padecían esquizofrenia y que tenían deterioro en diversas áreas, y aunque no pude observar si hubo beneficios a largo plazo por la constancia, si hubo beneficios en el momento para realizar las actividades planeadas para ese día, porque los pacientes que hacían las actividades eran capaces de mantenerse concentrados y atentos.

Durante la actividad física buscaba que varios de ellos disminuyeran su peso, que tuviera una mejor digestión y disminuir el estrés, tampoco lo conseguí, pues debía ser una actividad si no podía ser diario si por lo menos 3 veces a la semana con intervalos de 1 día, al principio si se podía pero posteriormente no, ya que los veía 2 veces a la semana y de manera continua entonces no era una actividad regular.

En la actividad ocupacional hice varias actividades, pero tampoco vi un cambio muy grande, lo que si pude notar es que solo 1 paciente no entraba, el resto hacia las actividades y eso me confortaba aún más, pues lograba que la mayoría entrara a la sesión e hiciera un poco las actividades.

5.3 Valoración de la Práctica

El servicio social fue una de las actividades en las que puede poner en práctica todo lo que había aprendido, pues según Díaz Barriga, et al. (2006) la psicología de la educación tiene

tres dimensiones, la primera se refiere a la teórico-conceptual, otra tecnológico-instrumental y una técnico-práctica o de intervención.

Si bien es cierto, las dimensiones de las que nos habla, la práctica o la intervención es, sin duda, el lugar en donde aplicamos lo aprendido durante el tiempo que dura la carrera, y aunado a esto las situaciones deben ser semejantes para poder acercarnos a la realidad.

Guzmán (2004) menciona que las principales funciones y actividades profesionales son: diagnosticar, diseñar, programar, prevenir, planear, investigar, intervenir y evaluar. Aunque no fui capaz de diagnosticar, si puede realizar todas las demás actividades que requieren de dedicación y mucho conocimiento.

Así mismo, menciona que la docencia es la actividad laboral más frecuente, le sigue la planeación y la aplicación de programas educativos, la realización de entrevistas, la orientación vocacional, la elaboración de material didáctico, la asesoría, la evaluación de los aprendizajes, la aplicación de instrumentos estandarizados, la administración educativa y la educación especial. Con respecto a la actividad laboral, la educación especial, desde mi perspectiva es una de las áreas con menos atención, y como consecuencia, la población vulnerable se olvida y no se le ofrecen las mismas oportunidades de desarrollo y más si se trata de personas adultas.

Sin embargo, el trabajo del psicólogo educativo, es una casa de asistencia, es más de cuidador por el tipo de tareas que se realiza, pues aunque diseñe un taller y trabaje con pacientes, era más de observar que hicieran ciertas actividades, de evitar que se quedaran solos por más de

10 minutos, repartir medicamento, entre otras, que en un principio no son tareas dirigidas para un psicólogo, aunque si se genera un canal de confianza y comunicación con el paciente, y eso permite desarrollar las actividades con mayor facilidad,

Durante mi estancia en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. conocí los trastornos mentales graves que están presentes en la sociedad, pero que no vemos, que la inclusión no solo debería de ser con niños sino también con los adultos. Por supuesto que cada persona es distinta y requiere de diferentes tratamientos, pero no deberían de estar exentos.

Tuve la oportunidad de aprender de evacuación en caso de sismo, pues coincidió mi estancia con el 19 de septiembre y con el macro simulacro y es ahí donde recibí instrucciones en como tienen que salir los pacientes y la zona de seguridad.

También tuve la posibilidad de aprender a aplicar inyecciones intramusculares, ya que Moisés era quien tenía una enfermera de nombre Leslie y quien pasaba con él la mayor parte del tiempo, pues tuvo una caída que requirió una cirugía y supervisión.

Además aprendí a hacer reportes de pacientes, en donde escribía el estado de ánimo del paciente, las actividades que realizaba durante el día y las condiciones en que lo dejaba,

Quisiera que hubiera más contenido referente a la inclusión de personas con trastornos mentales y sociales, con su respectivo tratamiento y por consiguiente estrategias para que pudieran ser personas productivas en el ámbito laboral, educativo y social.

De igual manera, contenido para informar a la sociedad, y sin duda alguna, contenido que hable de la salud mental y lo que está ocasiona en nuestra vida y en nuestro contexto.

Conclusión

El objetivo de mi taller de habilidades sociales y de comunicación era mejorar la calidad del paciente con esquizofrenia, no lo logre, pues es una tarea que requiere de tiempo y sobre todo de constancia en las actividades, pues aunque el taller estuvo diseñado para personas con trastornos mentales y/o sociales; no hubo seguimiento, tampoco hubo regularidad y mucho menos constancia en las actividades; y como parte de las actividades era por derecho atenderlos de una manera inclusiva, en sus ámbitos personales y educativos.

Los avances que obtuvieron los pacientes fueron muy pocos, pues como mencione anteriormente, no había constancia en las actividades por diversas razones, la principal es que la regularidad con la que asistía era al principio 3 veces a la semana y después de tres meses, solo acudía 2 veces a la semana.

También tuve muchas limitaciones, sin duda, una de las más importantes a la que me enfrente cuando llegue al lugar de servicio social fue que no sabía nada del tema, sus características, no sabía cuáles eran los síntomas y mucho menos si tomaban medicamentos. Otra de las dificultades que se presentaron, fue el estado de ánimo, pues había días en que el paciente no se despertaba con ganas, tenía episodios agresivos o realizaba despacio las actividades y eso obstaculizaba lo planeado.

Aprendí a adaptarme a lo que había, en caso de un sismo el protocolo de evacuación, y también a aplicar inyecciones que aunque no forma parte de la formación de un psicólogo

educativo, si forma parte de ese humanismo que nos caracteriza y aunque fue totalmente nuevo, sin duda volvería a repetir la experiencia educativa y laboral que me dejó el servicio social.

Quiero mencionar que como psicólogos educativos, es importante desarrollar empatía, paciencia, pues somos seres humanos, sentimos, pensamos y tenemos conciencia, y las personas con esquizofrenia no deberían estar alejados de la sociedad pues tienen la capacidad de realizar las mismas actividades que nosotros, solo que requieren más tiempo de lo normal y apoyo para poder lograrlo.

Después de observar, interactuar, convivir y crear vínculos afectivos con personas con esquizofrenia en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., puedo decir que la manera de promover las habilidades sociales y de comunicación, son las mismas que con las personas “normales”. Es importante señalar que antes de ser diagnosticados con algún problema mental o social, tienen algo que se llama adultez que permite situarlos dentro de ciertas etapas de la vida para poder plantear objetivos y actividades que podrían desarrollar.

Tanto la actividad física, como el Brain gym y las actividades manuales, fueron actividades que me permitieron generar un canal de comunicación, de estimular sus habilidades sociales, de comunicación y motoras, pero también para evitar la pérdida de las que tienen.

Aunado a eso, el vínculo de la confianza es importante para poder animar al paciente y evitar su negación para las actividades.

Sin duda alguna, el papel del psicólogo educativo, dentro de una Casa de Asistencia va más allá de su formación, pues también es cuidador y tiene que saber de enfermería para poder ayudar al paciente que lo requiere.

Dentro de los beneficios de estar en este escenario, fue la capacidad con la que puede abordar dichos trastornos que si es algo nuevo, en cuanto a trabajar con este tipo de padecimientos, es ver que a pesar de los obstáculos de edad y de desarrollo aún se puede aprender y enseñar.

Referencias

- Abeleira, G. (2012). *Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás* (4), 157-172. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. (s.f). *Inicio*. [Página de Facebook] Facebook. Recuperado el 21 de febrero de 2021 de: https://www.facebook.com/APcasademediocamino/?ref=page_internal
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Apiquian, R., Aviña, C., Colín, R., Díaz, A., Corona, F. y González, S. (s.f.). *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. México: Janssen-Cilag. Recuperado el 21 de febrero de 2020 en: <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
- Badia, M., Justes, M., Serviá, L., Monserrat, N., Vilanova, J., Rodriguez, A. y Trujillano, J. (2011). Clasificación de los trastornos mentales en la Unidad de Ciudadanos Intensivos. *Medicina Intensiva* 35 (9), 539-545. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000900002&lng=es&tlng=es.
- Barrio, V. del (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la Psicología*. 30 (2-3), 81-90. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a9.pdf>
- Campos-Arias, A. y Cassiani, C., (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598 – 613. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80637410.pdf>
- Campero, D., Campos, H, y Campero, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2), 32-37. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es&tlng=es.
- Cañamares, J., Castejón, M., Florit, A., González J., Hernández, J. y Rodríguez A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Cárdenas, E. L. (2017). *El sistema Nacional DIF y su contribución a la asistencia social*. Recuperado de: https://repositorio.lasalle.mx/bitstream/handle/lasalle/678/N%c3%bam.29_P.15-42.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Delgado, C.F, Mateus, E.T., Rincón, L.A. y Villamil, W.A. (2018) Efectos del ejercicio físico sobre la salud mental (depresión y ansiedad). Una mirada desde la evidencia científica

- existente. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 18 (2), 128-145. Recuperado de: <https://repositorio.ecr.edu.co/bitstream/001/314/1/Delgado%20Cristhian%2c%20Mateus%20Erika%2c%20Rinc%c3%b3n%20Laura.pdf>
- Díaz, F., Hernández, G., Rigo, M., Saad, E. y Delgado, G. (2006). Retos actuales en la formación y práctica profesional del Psicólogo Educativo. *Revista de la Educación Superior*, 35 (137), 11-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/604/60413702.pdf>
- Fraga-Díaz, I., Alvarado, M., Saucedo, A., Velarde, L. y Fragoso, L. (2010) Esquizofrenia: un problema de salud pública de grandes dimensiones en la población mexicana. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (2), 187-188. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745507011.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009) *Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Esquizofrenia.pdf>
- Gimeno, J. (2010) ¿Qué significa el currículum? *Sinéctica*, (34). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2010000100009
- Guzmán, J. (agosto-enero, 2004). La formación profesional del psicólogo educativo en México. *Revista Electrónica Sinéctica*, (25), 3-14. México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/998/99815899002.pdf>
- Ibarra, L. (2007). *Aprende Mejor con Gimnasia Cerebral*. México: Garnik Ediciones.
- Ibiapina, A.R., Ferreira, C., Carvalho, D., Astres, M. y Ibiapina A., (2017). Therapeutic Workshops and social changes in people with mental disorders. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 21 (3), 1-8. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127751128003.pdf>
- Huerta, M. (2006). *La asistencia Social. Letras Jurídicas Revista Multidisciplinar del CEDEGS*, 14. 112-125. Recuperado de: <https://www.uv.mx/cedegs/files/2020/10/Revista-Letras-Juridicas-numero014.pdf>
- Lombardo, F. (1969). El derecho de la asistencia y el bienestar social. *Revista de la Facultad de Derecho de México*. 74. Recuperado de: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-facultad-derecho-mx/article/viewFile/26545/23917>
- López, E. (2007). *Funcionamiento y discapacidad en la vida cotidiana de internos/pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI)*. (Tesis de Especialización) Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. Recuperado de: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/funcionamiento-y-discapacidad-en-la-vida>

[cotidiana-de-internospacientes-con-esquizofrenia-y-otros-trastornos-psico-204147?c=BZaEVY&d=false&q=*.*\)&i=52&v=1&t=search_0&as=0](http://cotidiana-de-internospacientes-con-esquizofrenia-y-otros-trastornos-psico-204147?c=BZaEVY&d=false&q=*.*)&i=52&v=1&t=search_0&as=0)

- López, M. (2017). Tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia. *Revista ciencia e investigación*. 67 (3), 5-17. Recuperado de: http://aargentinapciencias.org/wp-content/uploads/2018/01/RevistasCeI/tomo67-3/1-Lopez_Ordieres_cei67-3-2.pdf
- López, B. y Ibarra, M. (2013) Esquizofrenia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*. 35. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800004&script=sci_arttext&lng=es
- Marquet, P. (2006) Protección, previsión y seguridad social en la Constitución Mexicana. *Revista Jurídicas UNAM, Revista Latinoamericana de Derecho Social*. (3), 69 – 89. Recuperado de: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-social/article/view/9465>.
- Martínez, V. (enero 2018). *Eficacia de un programa psicoterapéutico cognitivo conductual a un paciente con esquizofrenia*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Michael Faraday. Ciudad de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0772789/Index.html>
- Mejía, X. (7 de febrero de 2018). Esquizofrenia, cuarta discapacidad atendida por el ISSSTE. *Excelsior*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2018/02/07/1218783>
- Mendizábal, G. (2019). Informe: avances y retrocesos de la seguridad social en México, 2018. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. 29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4296/429662331014/429662331014.pdf>
- Murúa, S. (9 de febrero de 2004). Asistencia social y los laberintos de Vamos México. *La Jornada*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2004/02/09/010a1pol.php?origen=index.html&fly=2>
- Navarrete, J. (2013). *La música en la recuperación de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2013/abril/0692534/Index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud (2019). *Esquizofrenia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20se%20caracteriza%20por,\(c rencias%20err%C3%B3neas%20y%20persistentes\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20se%20caracteriza%20por,(c rencias%20err%C3%B3neas%20y%20persistentes).)
- Pierdepeso.com. (30 de enero 2014). *Ejercicios de calentamiento*. [Archivo de video] Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=DKAmJ4kHvMc&t=33s>
- Paredes, D.; Flores, A. y Ruiz, M. (2011). Ocupación, actividad y bienestar emocional en la discapacidad intelectual grave. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 473-480. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832331049.pdf>
- Real Academia Española (2020). *Diccionario de la lengua española*. (23.ª ed.). [Versión 23.4 en línea]. Recuperado de: <https://dle.rae.es>
- Rueda, L.; Valdebenito, C. y Lolas, F. (2005). La ocupación: ciencia y técnica ocupacional para la intervención en psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 43 (1), 33-40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527697005>
- Rodríguez, F. y González., J. (1993). La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos. En *El método epidemiológico en salud mental*. (pp. 271-292). Barcelona: Masson-Salvat. Recuperado de: http://www.psicoter.es/art/93_C030_05.pdf
- Sánchez, G., (2009). *La función del psicólogo educativo en un hospital psiquiátrico: desarrollo de un programa de intervención en habilidades de la vida diaria*. (Tesis de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional. Ciudad de México. Recuperado de: <http://200.23.113.51/pdf/26965.pdf>
- Solé, M. (2002). La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. *Revista Cubana de Psicología*. 9 (3) 242-247. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/08.pdf>
- Universidad Pedagógica Nacional, (2019). *Servicio social*. Recuperado de <https://www.upn.mx/index.php/comunidad-upn/servicio-social>
- Universidad Pedagógica Nacional (2 de diciembre de 2020). Recuperado de: <https://www.upn.mx/index.php/estudiar-en-la-upn/licenciaturas>
- Valencia, M., (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Revista Salud Mental*. 30 (2) 75 – 80. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>

Vallina, O., Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* 13 (3) 345 – 364. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713302.pdf>