

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS



TRABAJO DE GRADO

EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
PSIQUIÁTRICO QUE ASISTEN AL CENTRO DE DÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
DIOS EN LA CIUDAD DE SANTA ANA EN EL AÑO 2019.

PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR

EVER SAMUEL AVENDAÑO ACOSTA
TATIANA MARGARITA ESCOBAR PERAZA
LAURA JASMIN HERNANDEZ MONZON

DOCENTE ASESOR

LICENCIADO EDUARDO ARMANDO RAMÍREZ

JUNIO, 2020

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJIA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

LICDO. LUIS ARMANDO GARCIA PRIETO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS

Glosario de siglas

Dentro de esta investigación se utilizarán las siguientes abreviaturas para facilitar la comprensión del lector:

UES: Universidad de El salvador.

UMA: Universidad Modular Abierta.

PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos.

DiMascio: Escala de síntomas experimentales de Dimacio.

GAP: Global Assesment Of Funtionig.

PRIE: Programa de Rehabilitación Integral de consulta externa.

HD o HDP: Hospital de Día u Hospital de Día Psiquiátrico.

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima edición.

DSM-V: Manual Diagnostico de Trastornos Mentales quinta edición

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador.

TCC: Terapia Cognitiva Conductual.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Descripción del problema.....	10
1.2 Delimitación del problema.....	11
1.3 Justificación	12
1.3.1 Alcances y limitantes	13
1.4 Objetivos de la investigación	14
1.4.1 Preguntas de investigación.....	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Marco histórico	16
2.1.1 Historia del hospital San Juan de Dios.....	16
2.1.2 Historia y creación del centro de Día.....	16
2.1.3 Historia de la psiquiatría	17
2.1.4 Historia de la psicoterapia	18
2.2 Antecedentes investigativos.....	20
2.3. Marco teórico conceptual.....	25
2.3.1. Psicoterapia.	25
2.3.1.1 Psicoterapia en trastornos psiquiátricos.....	26
2.3.1.2 Psicoterapia individual	26
2.3.1.3 Terapia cognitivo conductual (TCC).....	27
2.3.1.4 Terapia conductual	28
2.3.1.5 Efectividad de la terapia conductual.....	29
2.3.5 Esquizofrenia.....	29
2.3.5.1 Manuales clasificados y criterios diagnósticos de la esquizofrenia.....	31
2.3.5.2 Tratamiento de la esquizofrenia.	32
2.3.6 Discapacidad intelectual.....	34
2.3.6.1 Génesis de la discapacidad intelectual.....	35
2.3.6.2 Causas de la discapacidad intelectual.....	35
2.3.6.3 Clasificación y niveles de la discapacidad intelectual.....	38
2.3.7 Centro de Día	41

2.3.7.1 Áreas de atención que ofrece un HD.....	43
2.3.7.2. Requerimientos para la creación o establecimiento de un centro de día según, Representantes Asociación Española de Neuropsiquiatría:.....	43
2.3.7.3 Perfil de los pacientes	45
2.3.7.4 Criterios imprescindibles para la acreditación como HDP.....	46
2.3.7.5 Dotación material y de recursos humanos	47
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.	50
3.1 Tipo de investigación.....	50
3.1.1 Población y muestra	50
3.2 Métodos y técnicas.....	53
3.3 Validación de instrumentos	56
3.4 Procedimientos para obtención de información.....	57
3.5 procesamiento de la información	57
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	61
4.2 Interpretación de los resultados.	84
4.3 Interpretación comparativa	90
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
5.1CONCLUSIONES.....	94
Recomendaciones.	97
Referencias Bibliográficas.....	99
Anexos	103

INDICE DE TABLAS

1 cronograma de actividades.	57
2 Procesamiento de la información para entrevista psiquiatra	71
3 Procesamiento de información para entrevista psicóloga.....	75
4 Procesamiento de la información para entrevista de fisioterapeuta	79
5 Procesamiento de la información entrevista semi-estructurada para usuarios	112
6 Procesamiento de la información entrevista semi-estructurada para el cuidador.....	137
7 Procesamiento de la información entrevista semi-estructurada para el practicante	147
8 Procesamiento de la información de guía de observación al usuario	152

Introducción

A lo largo del tiempo el estigma y la discriminación han acompañado a la población con diagnóstico psiquiátrico, especialmente a las personas con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia; limitando sus capacidades de autosuficiencia y evitando la adecuada inserción a la vida social y laboral, privándoles de esta manera el derecho de tener una vida digna. El área de salud pública también ha formado parte de esta deshumanización que sufren las personas con padecimientos psiquiátricos, ya que en tiempos antiguos las condiciones en las que se les internaba en los hospitales psiquiátricos eran deplorables, surgieron personas que cambiaron el rumbo de la historia como el alienista alemán Johann Christian Reil quien acuñó el término de psiquiatría y marcó una psiquiatría más humana.

Gracias a estas pautas históricas se han logrado incluir otras áreas de la ciencia que son fundamentales para la atención a la población con padecimiento psiquiátrico, entre las cuales se encuentran la Psicología, Fisioterapia, Trabajo Social, entre otras; de las cuales surgen alternativas de atención psicosocial integral, con una visión humanizante para los usuarios con diagnóstico psiquiátrico emergiendo así, los Hospitales Psiquiátricos de Día; los cuales sean convertidos en una alternativa a la internalización, y tienen como objetivo primordial estabilizar el cuadro clínico del paciente e insertarlo a la vida social y laboral para permitirle que pueda ser autosuficiente; esta estrategia fue implementada también en El Salvador específicamente en el Hospital San Juan de Dios del departamento de Santa Ana.

Con base a lo anterior, es importante indagar sobre la evaluación del proceso psicoterapéutico como medida de acompañamiento en pacientes con diagnóstico psiquiátrico de déficit intelectual y/o esquizofrenia en el Centro de Día, área de Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, Santa Ana; todo ello por medio de una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, ya que las opiniones, vivencias e interpretaciones de los fenómenos son el interés de la investigación. Por otro lado, se busca identificar los aciertos y limitantes que este Centro de Día posee, sin dejar de lado la identificación del aporte que las distintas disciplinas científicas ofrecen al proceso de atención brindado en dicha institución.

Por tanto, la investigación consta de cuatro capítulos; el capítulo uno señalado como planteamiento del problema. Dedicado a la delimitación, objetivos, justificación, entre otros, el cual traza el camino de la investigación. En el capítulo dos denominado marco teórico, se desarrolla, el marco histórico desde la Psiquiatría, hasta la creación del centro de Día; además, en este capítulo se desarrolla el marco conceptual, el cual agrupa las terapias más adecuadas según los enfoques teóricos para facilitar el tratamiento a pacientes con Esquizofrenia y/o deficiencia intelectual, también se encuentra el adecuado funcionamiento de un centro de Día según el régimen de otros países, para identificar si el centro de día del hospital san Juan de Dios de Santa Ana cumple con los requerimientos básicos para la atención de pacientes psiquiátricos.

El capítulo tres nombrado marco metodológico, contempla el procedimiento, los tipos de instrumentos utilizados en la investigación, entre otros contenidos; para finalizar con el capítulo cuatro, donde se encuentra el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante los instrumentos aplicados, lo que permite realizar conclusiones y una serie de recomendaciones con base en los resultados obtenidos en la investigación.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El Salvador ha pasado por diversas crisis que provocaron inestabilidad, pero el fenómeno que más estragos causó en la población fue el conflicto armado vivido en el periodo de 1980 a 1992; dejó severas lesiones económicas, socioculturales y graves secuelas psicológicas en los pobladores. La deficiencia de no tener un plan Psicosocial que ayudara a las víctimas directas e indirectas de este fenómeno provocó que los daños se transmitieran hasta la actualidad, generando una serie de problemas entre los que se pueden resaltar la pobreza, siendo la inseguridad social el que más aqueja a la nación.

El periodo de la post-guerra encaminaba a las nuevas autoridades a producir programas socioculturales, laborales y de salud integral para superar las carencias que se produjeron por el conflicto armado, sin embargo las autoridades de esa época se quedaron en un plano administrativo y al no ejecutarlo originaron un alto contenido de estrés en la población civil debido a la opresión social vivida en esa época; detonando de esta manera en una irregularidad a nivel psíquico, anunciando de esta forma la génesis de algunos desequilibrios psicológicos como: miedo, ansiedad, depresión, ira, entre otros. Formando diferentes patologías psiquiátricas mencionando, por ejemplo: paranoia, estrés postraumático, ataques de pánico, esquizofrenia, entre otros.

En la actualidad estas patologías psiquiátricas se han invisibilizado, debido al poco conocimiento que se tiene acerca de la psicología, etiquetando a las personas que consultan como “locos”; por miedo a esta etiqueta el individuo no asiste al psicólogo mucho menos al psiquiatra exacerbando de este modo la sintomatología de estos trastornos, pues al no ser medicados por el psiquiatra, ni asistidos por el psicólogo de manera sistemática por medio de terapias programadas, el pronóstico de las enfermedades mentales no es favorable. Por lo general se delega al psiquiatra como el único especialista apto para tratar con ellas, ya que los cuidadores consideran una vía fácil la medicación dejando de lado el acompañamiento psicológico, entre estos trastornos mentales los que más sobre salen en El Salvador son los siguientes: depresión, ansiedad, esquizofrenia, deficiencia intelectual, entre otras.

Por este motivo y con el propósito de mejorar la calidad de vida de los usuarios del área de salud mental con diagnóstico psiquiátrico e integrarlos a sus familias y sociedad, el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana abre las puertas al primer hospital de día a nivel del país, el trece de agosto del año 2012 bajo la gestión de la Dra. María Isabel Rodríguez, en ese momento Ministra de Salud. Con el apoyo no menos importante del gobierno Vasco, quienes gestaron esta realidad por medio de la ayuda logística y financiera, además del intercambio académico por medio de equipos interdisciplinarios conformados por médicos psiquiatras, psicólogos/as, fisioterapeutas, enfermeras y practicantes en el área de psicología, mediante convenios con universidades como: La Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria de Occidente (UES FMOcc) y la Universidad Modular Abierta de Santa Ana (UMA).

1.2 Delimitación del problema

Por los motivos anteriormente expuestos, evaluar el efecto que ha tenido el centro de día con los pacientes, es de suma importancia por la misión que tiene dicha unidad, la cual se enfoca en la reinserción familiar y social de los pacientes diagnosticados con trastorno psiquiátrico, estableciendo en los pacientes las herramientas necesarias para desarrollar autonomía y a la vez sobre llevar su diagnóstico.

Con base en estas premisas, es que surge la interrogante general de la investigación: ¿Cuál es el resultado que se obtiene al implementar la psicoterapia como medida de acompañamiento en el tratamiento psicológico de pacientes con diagnóstico psiquiátrico en el Centro de Día, Hospital San Juan de Dios, Santa Ana?

Delimitación espacial

La investigación se realizó en la ciudad de Santa Ana, Municipio de Santa Ana específicamente en el Hospital San Juan de Dios con pacientes del Centro de Día.

Delimitación temporal

La investigación se desarrolló entre los meses de febrero a diciembre de 2019.

Delimitación social

- Pacientes entre los 13 a 60 años cronológicos diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.
- Cuidadores de pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

1.3 Justificación

Las enfermedades mentales han sido estigmatizadas a lo largo del tiempo, marginando al porcentaje de la población que los adolece, y evitando que tengan una vida independiente debido a la condición que afrontan, por lo que la medicina contemporánea ha dedicado rigurosos estudios que han permitido el descubrimiento de medicamentos; que tienen por fin restablecer la homeostasis de los niveles séricos de los neurotransmisores responsables del desequilibrio mental. Sin embargo, muchos pacientes avanzan a paso lento en su recuperación, por lo que la psicología utilizando la psicoterapia, trata de acompañar a los pacientes en dicho proceso.

Por lo tanto, es necesario conocer si el proceso psicoterapéutico como método de acompañamiento cumple con los objetivos y abona al tratamiento multidisciplinario que recibe en el centro de día, el cual debe cumplir con los requisitos que este exige, aunado a esto, la psicoeducación ayuda al paciente a tomar conciencia de su enfermedad y sus limitantes. Así como la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico y con las dosis prescritas por el psiquiatra para evitar que su sintomatología incremente; todo esto con el acompañamiento de los familiares del paciente, quienes deben ser la piedra angular que facilite el proceso de psicoterapia recibida, de ahí la importancia de evaluar este proceso psicoterapéutico al cual se somete el paciente psiquiátrico.

Por otro lado la importancia que le dan los familiares al tratamiento de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, es de vital importancia para el avance y desarrollo de los mismos, por lo que es importante que reconozcan que el acompañamiento del psicólogo mediante la psicoterapia, fortalece y estabiliza en gran medida los episodios de crisis; además de brindar las herramientas necesarias para reconocer el aura de la esquizofrenia y

como estimular a los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual, siendo estos los diagnósticos más frecuentes en centro de día, área de salud mental. Generando la necesidad de identificar cuál es el enfoque teórico más adecuado para el abordaje psicoterapéutico de los pacientes que son diagnosticados con dichos trastornos psiquiátricos en el Centro de Día, es importante realizar la investigación desde una perspectiva psicosocial para poder identificar los logros y limitantes que tiene el proceso psicoterapéutico que se realiza en el centro de día y de esa manera reintegrarlos funcionalmente a la sociedad abonando a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Se realizó un abordaje cualitativo por medio de un diseño fenomenológico y un muestreo no probabilístico, esto permitió profundizar en la eficacia del proceso psicoterapéutico; por medio de la interpretación de los significados de las experiencias vividas de las familias de pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y esquizofrenia que asisten al centro de día.

1.3.1 Alcances y limitantes

Alcances

- Se realizó un abordaje de la salud mental en el ámbito hospitalario.
- Los resultados permiten contribuir a la mejora del funcionamiento del centro de día.
- Fortalecer los conocimientos en el ámbito psicológica en el área de atención de pacientes psiquiátricos específicamente aquellos que padecen un diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.
- Se aportó a mejorar el funcionamiento del abordaje multidisciplinario en pacientes psiquiátricos.

Limitantes

- Solamente se realizaron valoraciones de la psicoterapia en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia, que consultan el Centro de Día.
- Se realizó una evaluación a un grupo reducido de pacientes psiquiátricos diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.
- La información vertida por los pacientes fue limitada, debido a su déficit.

- En algunos casos existió poca colaboración de los familiares.

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Evaluar los procesos psicoterapéuticos que se desarrollan como medida de acompañamiento en el tratamiento de pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Objetivos específicos

- Identificar los resultados obtenidos en la psicoterapia, como estrategia de acompañamiento en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.
- Categorizar los aciertos y las limitantes que posee el proceso psicoterapéutico al cual se someten los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.
- Caracterizar el aporte que brindan las diferentes áreas de atención en salud mental en el proceso psicoterapéutico brindado a los pacientes del centro de día.
- Proponer estrategias de intervención encaminadas a enfocar la calidad de vida de los cuidadores, de los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

1.4.1 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el resultado que se obtiene al implementar la psicoterapia como medida de acompañamiento en el tratamiento psicológico, en pacientes con diagnóstico psiquiátrico en el Centro de Día, área Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, Santa Ana?
- ¿Qué factores personales y sociales poseen mayor incidencia en el avance o retroceso del proceso psicoterapéutico?
- ¿Cuál es el proceso psicoterapéutico más adecuado y que se adapta a las necesidades psicosociales en las personas diagnosticadas con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia?

- ¿De qué manera influye la participación o desvinculación en el proceso psicoterapéutico por parte de los familiares de los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia?

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco histórico

2.1.1 Historia del hospital San Juan de Dios

El Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, surgió a raíz de la demanda de un establecimiento de salud para la población de la zona occidental del país, ya que, la medicina se practicaba de manera empírica en los portones de las iglesias y en habitaciones de personas acomodadas por lo que, en el año de 1823, ante la necesidad de atender a los enfermos ambulantes, un grupo de personas piadosas se organizaron formando una Hermandad para patrocinar la Fundación del Hospital.

El seis de marzo del año 1848 por Decreto Legislativo, empieza a funcionar el hospital. En el año de 1854, Doña Andrea Menéndez donó la cantidad de doscientos cincuenta colones, siguiendo posteriormente a otras donaciones. El Hospital Nacional San Juan de Dios, se inaugura el siete de junio de 1853 teniendo como sede la casa de Don Vicente Zepeda, siendo el Lic. Manuel Rodríguez el médico y Don Wenceslao García el boticario. Pocos años funcionó el Hospital en la casa de Vicente Zepeda, pues en 1858 con motivo de una epidemia del Cólera Morbos, el Gobierno de la República ordenó cerrarlo por considerar que su ubicación para la salubridad pública no era conveniente.

Así, tiempo después se buscan instalaciones más amplias reconstruyéndose el Hospital en un lugar más grande y con mejores condiciones en el año 1862; sus inicios son marcados con cuatro camas, un boticario y un médico de ronda diaria. Hoy en día es una institución sanitaria pública regional de referencia, con una oferta de servicios a la comunidad que enmarcan sus cuatro áreas básicas de especialidad de la medicina y algunas subespecialidades de internación, emergencia y consulta ambulatoria.

2.1.2 Historia y creación del centro de Día

Con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes del área de salud mental con diagnóstico psiquiátrico e integrarlos a la familia y sociedad, el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, abre las puertas del primer hospital de día a nivel del país el trece de agosto del año 2012 bajo la gestión de la Dra. María Isabel Rodríguez en ese entonces ministra de salud. Con el apoyo no menos importante del gobierno Vasco quienes

gestaron esta realidad por medio del apoyo logístico y financiero, además del intercambio académico por medio de equipos interdisciplinarios conformados por médicos psiquiatras, psicólogos/as, fisioterapeutas, enfermeras y practicantes en el área de psicología mediante convenios con universidades como: La Universidad de El Salvador (UES) y la Universidad Modular Abierta (UMA).

El modelo de Hospital de Día nace con una población de dos pacientes culminando ese mismo año con seis beneficiarios, para el año 2013 se da un aumento de cuatro individuos teniendo un total de diez pacientes; para el cierre del año 2017 se contaba con veinte y cinco personas, con más de ocho pacientes eventuales.

Luego de funcionar un par de años con el nombre Hospital de Día, se toma a bien para el año 2013 cambiar el nombre de la unidad a “Centro de Día” nombre bajo el cual funciona en la actualidad. Finalizando del año 2016 y principios del 2017 el Centro de Día sufrió una mejora en la infraestructura de la misma, para brindar una mejor atención a los usuarios y familiares con diagnóstico psiquiátrico.

2.1.3 Historia de la psiquiatría

Los orígenes de la psiquiatría y forma de abordar las enfermedades mentales pueden ubicarse desde el comienzo del pensamiento, y entre las formas de ayudar a las personas que padecían un problema psiquiátrico encontramos las siguientes: la religión, la filosofía, la psicología y la medicina. En tiempos antiguos la enfermedad mental era atribuida a hechizos causados por alguna bruja o demonios que poseían el alma y cuerpo del enfermo, estas maneras rústicas de ver la enfermedad mental llevaron a tratamientos drásticos basados en canticos y soluciones invasivas, dañinas y hasta mortales para el que padecía la dolencia, como lo era la trepanación, con el propósito que los demonios o espíritus pudieran abandonar el cuerpo del afectado. Lo anterior era producto de las experiencias que se tenían en la antigüedad y no se basaba en ningún estudio, solo en lo que las autoridades o chamanes determinaban que era el tratamiento adecuado para las personas, pero cuando la medicina se interesa en el estudio de este fenómeno y trata de aportar de manera más científica su conocimiento ante esta problemática, surge la psiquiatría como método para ayudar a las personas que sufrían estas alteraciones psicológicas.

Como lo define Toro Yepes Palacios (2010):

El acta de nacimiento de la psiquiatría está plasmada en el conocido cuadro de Robert Fleury que representa el momento histórico, en el que a consecuencia de una filosofía humanista y filantrópica o simple gesto simbólico, se rompen las cadenas de los alienados en el asilo de la Salpêtrière por parte de Philippe Pinel.(p1)

Gracias al cuadro de Robert Fleury se da el punto de partida para considerar enfermos a que aquellos que eran catalogados anormales, a la vez se creaba una especialidad en la medida que los médicos se dedicaban más a su estudio, creando una rama diferente la medicina que es el alienismo que más tarde sería denominada psiquiatría. La palabra psiquiatría fue acuñada por el alienista alemán Johann Christian Reil, profesor de la Universidad de Halle en 1808, el cual hablo de psychiaterie para denominar a la rama de la medicina que se basaba en estudiar el cerebro y la psique.

El alienista era la forma en la cual se le llamaba al médico especializado en enfermedades mentales, sus comienzos en el área de los trastornos mentales llevaron a los médicos alienistas a trabajar a ciegas y crear tratamientos que consideraban apropiados para las enfermedades mentales, como fue el caso del Médico Pinel que fue asignado como superintendente del Manicomio Bicêtre en París. Se le acredita la "terapia moral" en Bicêtre, que constituía en separar a los pacientes, prohibir su exposición al público para entretenimiento y, en general, tratarlos con la entonces desconocida dignidad. Descrita en la historia de la psiquiatría de Pinel, Tratado Médico-Filosófico de la Alienación Mental o la Manía, la terapia moral también incluía crear confianza en la relación médico-paciente, disminuir los estímulos y fomentar la actividad sistemática se prolongó hasta finales del siglo XIX.

2.1.4 Historia de la psicoterapia

Breggin, (199) La palabra Psico proviene del griego Psiche cuyo significado es espíritu, alma o ser (p.24). Kleinke, (2002) La palabra terapia proviene de la palabra griega therapeutikos que significa asistente o aquel que cuida de otro (p.21). Por lo tanto, psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona.

Los comienzos de la psicoterapia se remontan hasta diferentes tipos de épocas, por ejemplo: la cultura occidental y las que proceden de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas formas de ver el mundo que tenían y aun poseen algunas de estas culturas, se refieren a que la vida de las personas no está exenta de problemas, el ser humano se enfrenta a vivir consigo mismo y con los demás. Esta forma de convivir subjetiva y relacional genera problemas que suelen ser clasificados como conductas anormales o desviadas socialmente. La relación social con los demás individuos y la anormalidad ha sido abordada de diferentes formas a lo largo del tiempo.

En las sociedades antiguas la explicación de la anormalidad en el comportamiento humano se daba gracias a explicaciones metafísicas y místicas. Como lo menciona Toro Yepes (2010) En las culturas arcaicas, lo mismo que en algunas tribus indígenas contemporáneas se enfoca y trata la enfermedad, incluidas las mentales, de acuerdo a concepciones animistas y precientíficas del llamado pensamiento mágico (p.23). Es por este motivo que se veía a la enfermedad mental como un fenómeno de posesión o un alma extraña que habitaba el cuerpo de la persona, las enfermedades mentales eran producidas por causas sobrenaturales que actuaban perturbando el alma del enfermo; por ende, los tratamientos de estas dolencias eran rituales de brujos o chamanes, que consistían desde pócimas que ayudaban a la liberación del mal, hasta la trepanación del cráneo para la liberación de los espíritus.

Estos métodos de tratamiento llevaron a la estigmatización de las personas que padecían una dolencia psiquiátrica, ya que se les veía como personas endemoniadas y que necesitaban de una purificación para poder ser liberados del mal que poseían, o hasta de ser expulsados de sus aldeas o asesinados. En la actualidad la psicoterapia es una de las herramientas más utilizadas para el abordaje terapéutico, que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, conductas y sentimientos.

En el Manual de Psicoterapias (2015) el Dr. Rafael Sibils define la psicoterapia como:

Un sistema interactivo entre un individuo o grupo que asume el rol de paciente, y un individuo o grupo que toma el rol de psicoterapeuta. Actúa en y a través de la psiquis y su propósito es suprimir o disminuir síntomas, trastornos, limitaciones y sufrimientos mentales y/o físicos. Permite también enfrentar crisis vitales y eventualmente puede tener como meta el desarrollo de la vida emocional de

personas no enfermas. Se basa en el vínculo; es el tratamiento a través de una relación personal concreta (p. 6).

Los profesionales capacitados para prestarla pueden ser médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas familiares, consejeros; quienes deben tener el respectivo entrenamiento de acuerdo con la técnica psicoterapéutica, y los requerimientos del país de residencia. Toda modalidad psicoterapéutica supone seguir normas éticas fundamentales como la confidencialidad y el respeto de los derechos del paciente o usuario.

2.2 Antecedentes investigativos

A continuación, se presentan los antecedentes investigativos relacionados con las variables que se plantearon al inicio del trabajo:

El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del instituto mexicano de psiquiatría.

Esta investigación fue realizada en la ciudad de México y sus áreas metropolitanas durante el año 1995, en la cual se buscó determinar la eficacia de la atención integral en pacientes esquizofrénicos que también se categorizan como pacientes psiquiátricos. La investigación fue realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y ejecutada por; L. Rosa Díaz Martínez, Héctor ortega, Marcelo valencia, Ma. Luisa Rascón, Iraila Ramírez.

Los procedimientos utilizados fueron los siguientes: se trata de un diseño quasi – experimental, prospectivo de comparación entre dos grupos; experimental y de control, los sujetos fueron seleccionados de acuerdo a ciertos criterios de exclusión. Posterior a la selección, se llevó a cabo una reunión informativa con los sujetos seleccionados y sus familias. También se realizó una evaluación clínica completa para determinar la estabilidad mental de los sujetos a investigar y realizar las acciones pertinentes para lograr la estabilidad del cuadro clínico, la cual fue evaluada con la escala PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos) y DiMascio (Escala de síntomas experimentales de DiMascio), de acuerdo a los resultados obtenidos por medio de los instrumentos antes mencionados se ajustaba la cantidad de antipsicóticos y anticolinérgicos, posteriormente, se realizaron estudios diagnósticos iniciales: evaluación clínica, familiar psicosocial,

desempeño cotidiano, mapeo cerebral, tomografía axial computarizada, pruebas neuropsicológicas y revisión médica quincenal.

Al finalizar la fase de estudio se inició el tratamiento psicosocial en los pacientes que conformaban el grupo experimental. Los pacientes asistieron a recibir las estrategias psicosociales rehabilitadoras durante catorce meses, recibiendo las estrategias tres veces por semana en sesiones grupales de tres horas con las siguientes actividades; psicoterapia familiar (con el familiar responsable), psicoterapia individual y grupal, intervención psicosocial, terapia ocupacional, musicoterapia, taller de dibujo artístico taller de expresión corporal, además de la revisión médica quincenal para el control de los síntomas psiquiátricos, estas áreas fueron evaluadas por medio de escala de GAF (Global Assessment of Functioning) y la Escala de Desempeño Cotidiano del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en el área clínica, los sujetos del grupo experimental, si bien no se logró una disminución significativa de los síntomas psiquiátricos, en el grupo experimental se logró mantener la estabilidad del cuadro clínico en mayor proporción, en la evaluación psicosocial el resultado que obtuvieron fueron cambios significativos en 4 de las 5 áreas del programa; ocupacional, sexual-pareja y familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global. En la Escala de GAF, mostro cambios significativos al evaluar y comparar con los del grupo control. En el desempeño cotidiano el grupo experimental, se encontraron diferencias marcadas en el pre-test y post-test en la mayoría de los reactivos sobre todo en las áreas; comunicación, autocuidado y relaciones personales.

➤ **Rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: El Modelo Del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente, grupo III.**

La investigación fue realizada en México en el año 2005, realizada por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente y ejecutada por; Leonila Rosa Díaz, Héctor Ortega Soto, Clarisa Leños Guerrero, Ma. Soledad Rodríguez Verdugo, Ma. Luisa Rascón Gasca, Marcelo Valencia Collazos, Maria de Lourdes Gutierrez Lopez, Ma. Elena Mares Gomez, Amelia Sánchez Sánchez .

El objetivo que persigue la investigación es la evaluación de la eficacia de un programa interdisciplinario integral en pacientes con diagnóstico esquizofrénico, en comparación con un grupo que recibe el tratamiento médico habitual, para el cual se utiliza un estudio quasi-experimental, pre-test y pos-test en el cual se seleccionó a los grupos participantes de forma no probabilística y secuencial, por medio de criterios de inclusión y exclusión. El grupo de control recibió la atención médico psiquiátrica habitual y el grupo experimental asistió a un programa de rehabilitación integral de consulta externa (PRIE) durante un año el cual incluye un proceso de admisión, estabilización y atención de los pacientes, seguido de una evaluación inicial y otra final.

Las variables que se evaluaron para determinar la eficacia son:

- A. Severidad de los síntomas psiquiátricos.
- B. Apego terapéutico.
- C. Desempeño cotidiano.
- D. Funcionamiento psicosocial.
- E. Actividades ocupacionales dentro del hogar.
- F. Emoción expresada.
- G. Pautas de comunicación y relación en familia.

El Programa de rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico, se caracteriza por un abordaje integral e interdisciplinario para lograr la disminución de los síntomas psiquiátricos y un buen desempeño psicosocial, integrando a la familia del paciente al tratamiento, las estrategias rehabilitadoras son: tratamiento farmacológico, psicoterapia grupal, psicoterapia de inducción laboral – vocacional, musicoterapia, psicoterapia psicosocial, terapia ocupacional, taller de dibujo y pintura artístico, taller de literatura, taller de papel mache, taller de Hata – Yoga, curso psicoeducativo para familiares responsables y psicoterapia unifamiliar.

Los resultados obtenidos de dicha investigación son: en el desempeño cotidiano existieron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental, también en la evaluación pres-test y pos-test en 10 de 14 indicadores y se observó una notable mejoría en las relaciones familiares, el aseo personal, las relaciones amistosas, y el desempeño en el trabajo, modo de comer y tener una actividad laboral remunerada.

El desempeño psicosocial al ingreso y egreso de los grupos se evaluó con la Escala de Funcionamiento Psicosocial al comparar los resultados, se encontró en el grupo experimental diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo de control, en las áreas de funcionamiento: ocupacional, social, económica, sexual-pareja y familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global, lo cual indicó que el PRIE tiene un efecto positivo en los pacientes que someten al mismo, por tanto les ayuda a estabilizar sus síntomas psiquiátricos como a ser funcionales en área psicosocial y desempeñar con la mayor normalidad posible las actividades cotidianas.

➤ **Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago.**

La investigación fue realizada en el hospital Diurno del hospital psiquiátrico en España y fue ejecutada por; Patricio Olivos, Teresa Huneeus, Vylma Águila, Carlos Cid, Viviana Larrea, Olga Véliz, Ana Cárdenas, Gabriel Orszag, publicado en el año 1982.

El hospital diurno o también llamado hospital de día en este caso es para pacientes psiquiátricos, el cual brinda una alternativa a la hospitalización tradicional además pretende ser un acompañamiento a la atención médica tradicional. El equipo terapéutico está formado por 2 psiquiatras, 1 psicóloga, 2 terapeutas ocupacionales y 1 asistente social. Cuenta además con una secretaria y un empleado de servicio. Trabajan de 9 AM a 1 PM, con un grupo de hasta 30 pacientes, en el Sistema de Comunidad Terapéutica. Los objetivos de dicha investigación son: una evaluación de la efectividad del H.D (Hospital Diurno) en el tratamiento de pacientes que han presentado un episodio psicótico o de desajuste emocional el segundo es, la elaboración de un perfil del paciente que evoluciona mejor con tratamiento en el H.D.

Material y método utilizado fueron: Para medir la efectividad del H.D. se tomaron en un corte hecho en febrero de 1980, los pacientes que a la fecha hubieran participado a lo menos 1 mes en el H.D, seleccionando por algunos criterios que se establecieron. Finalmente, la muestra fue constituida por: 66 pacientes, 48 hombres y 18 mujeres, con una edad promedio de 23,8 años. Estos se evaluaron entonces por consenso del equipo terapéutico en base a las siguientes categorías, comparando el estado del paciente al ingreso con el del momento de la evaluación o del alta los cuales son:

Peor (P) que significa, agravación clínica, evaluada por ninguna o escasa modificación de la psicopatología y/o de la conducta social.

Mejor (M): disminución de la psicopatología y/o mayor adaptación social.

Mucho Mejor (MM): disminución de la psicopatología, buena adaptación social y reintegro a una actividad productiva.

Posteriormente se evaluó a los pacientes y se observó los resultados durante el periodo de estancia en el hospital de día hasta el momento de dar el alta, se observó a los pacientes en todas las áreas implementadas como lo son; terapia de grupo, terapia ocupacional, terapia individual, participación familiar. Además, se analizaron las variables ya establecidas; edad, sexo, diagnóstico, entre otras, para poder realizar el perfil del paciente que se recupera de manera eficaz en un Hospital Diurno.

Resultados: La evaluación mostró que 9 pacientes (13,6%) evolucionaron hasta estar Mucho Mejor y 30 pacientes (45,5%) hasta estar Mejor. Por otro lado 21 pacientes (31,8%) permanecieron Igual y 6 pacientes (9,1%) evolucionaron hacia Peor. En resumen, un 60% de los pacientes mostró una mejoría notoria y un 40% permaneció igual que al ingreso o empeoró, se logró perfilar a los pacientes que se recuperan de manera eficaz, también se demostró que esta alternativa de hospitalización es una buena opción para los pacientes psiquiátricos y su inserción social adecuada y funcional.

➤ **Protocolo proceso de evaluación ocupacional para Hospitales de Día de adultos de psiquiatría.**

El estudio se realizó durante el año 2012 en distintos hospitales de Día de España, los autores son; Patricia Sanz Valer y José Ramón Bellido.

El procedimiento realizado fue el siguiente los objetivos por los que se rige la investigación son: realizar una revisión teórica sobre los instrumentos utilizados y estudiar la situación en la que se encontraba el proceso de evaluación y si existen o no los protocolos en distintos hospitales de Día para adulto de psiquiatría sin dejar de lado el desarrollo de una propuesta a partir de los resultados.

La muestra de terapeutas ocupacionales a los que se les envió el cuestionario se seleccionó por medio de los siguientes criterios de inclusión: terapeutas ocupacionales que trabajen en hospitales de día, de psiquiatría de adultos, terapeutas ocupacionales que trabajen en diferentes comunidades autónomas del estado español, pero sobre todo la accesibilidad; se les dio un plazo de un mes para el cumplimiento y la recepción, además se recolectó información sobre el tipo de instrumentos que se utilizaron.

Resultados: se encontró que un 70% contestaron que no existía o no aplicaban ningún tipo de protocolo del proceso de evaluación dirigido a pacientes del hospital de día y el 30% que contestó que tenían una guía o un protocolo contestaron que les era difícil aplicarlo y que no siempre podían llevarlo a cabo, además consideraban que la existencia de un protocolo facilitaría el proceso y la terapia como tal, por lo que el 60% de los terapeutas encuestados habían optado por la realización de herramientas propias además a través de la investigación, notándose las variaciones de los instrumentos utilizados en cada hospital de día psiquiátrico para adultos, partiendo del supuesto que la calidad de un plan de tratamiento depende directamente de la calidad del plan de evaluación.

Las investigaciones anteriores, demuestran que es importante evaluar constantemente los métodos utilizados para el tratamiento de las personas con padecimiento psiquiátrico y las alternativas que estas poseen para poder llevar una vida funcional e independiente con el apoyo familiar, logrando de esta manera un buen desempeño en la sociedad, por lo que es importante mejorar cada vez más la atención que se les brinda, en especialmente en el área psicología generando un beneficio personal, familiar y social al brindar acompañamiento psicológico a pacientes del Centro de Atención de Día del hospital (Hospital de Día, llamado anteriormente) San Juan de Dios en Santa Ana, es por ello que surge la iniciativa de evaluación como proyecto investigativo.

2.3. Marco teórico conceptual

2.3.1. Psicoterapia.

La clasificación de la psicoterapia puede ser por escuelas o también llamadas corrientes psicológicas, las cuales con base en una teoría proporcionan tácticas para tratar varios padecimientos psicológicos, pero también la terapia psicológica se puede clasificar por el

número de integrantes que conformen la sesión, es decir, puede ser denominada terapia individual, grupal, familiar, entre otras. Por tanto, la clasificación dependerá de los factores que el terapeuta o la institución encargada deseen abordar o ayudar al paciente.

2.3.1.1 Psicoterapia en trastornos psiquiátricos

Se han logrado grandes avances en el tratamiento de los trastornos mentales, La comprensión de los orígenes de un trastorno mental ha generado métodos más adecuados para poder sobre llevar la enfermedad. Muchos de los tratamientos de los trastornos mentales se pueden clasificar en métodos somáticos y métodos psicoterapéuticos. En los métodos somáticos podemos encontrar los fármacos, la terapia electro convulsiva y otros tratamientos que estimulan el cerebro, en cambio los tratamientos psicoterapéuticos incluyen la psicoterapia que puede ser individual, grupal, familiar o de pareja.

La psicoterapia junto con los fármacos encaminan al paciente con un trastorno psiquiátrico a tener una vida de calidad, cada uno de estos elementos ayuda a que el paciente sea más consciente de la realidad y se adapte mejor a ella. Por otro lado, los fármacos ayudan a estabilizar la sintomatología de un trastorno psiquiátrico afectando la dinámica del funcionamiento cerebral, la psicoterapia ayuda a que el paciente comprenda y afronte su trastorno y a la vez que los familiares entiendan y sepan sobrellevar la evolución y sintomatología del diagnóstico psiquiátrico. Los métodos ayudan tanto de manera individual, familiar y conyugal, cada uno de estos procesos posee sus técnicas y diferencias que hacen a un proceso psicoterapéutico integrador y más aún cuando el paciente padece de una enfermedad psiquiátrica.

2.3.1.2 Psicoterapia individual

La psicoterapia individual motiva al paciente a la expresión de sentimientos, de tal manera que el terapeuta pueda proporcionarle la ayuda necesaria y entre ambos crear las herramientas psicológicas capaces de afrontar los problemas de la vida. Los procesos psicoterapéuticos más utilizados en pacientes con problemas psiquiátricos son la terapia cognitivo conductual, terapia conductual, terapia existencial y la terapia interpersonal.

2.3.1.3 Terapia cognitivo conductual (TCC)

Es un tipo de psicoterapia la cual es utilizada por los profesionales de la salud mental, esta terapia ayuda a tomar conciencia de pensamientos negativos que afecten al paciente y así este pueda visualizarlos de mejor manera.

En relación con el objetivo de tratamiento M. Díaz, M. Ruiz y A. Villalobos (2012) exponen:

El objetivo del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.(p.83)

La TCC puede ayudar a una persona a entender problemas difíciles desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver al paciente cómo estas partes están conectadas entre sí y descubrir de qué manera le afecta, estas partes pueden relacionarse con un problema un hecho o una situación complicada de la vida de la persona.

La TCC es uno de los métodos de psicoterapia más utilizados para trabajar con pacientes diagnosticados con un trastorno psiquiátrico porque ayuda rápidamente a afrontar problemas y desafíos específicos.

La TCC es una herramienta útil para confrontar problemas emocionales entre los que podemos encontrar:

- Ayudar a controlar los síntomas de un trastorno mental.
- Prevenir recaídas de síntomas de un trastorno mental.
- Tratar un trastorno mental cuando los medicamentos no son una buena opción.
- Ayudan a los pacientes a sus emociones.
- Brinda las herramientas necesarias para la solución de conflictos y a aprender a mejorarlas formas de comunicación.

Los trastornos psiquiátricos que podrían mejor con TCC incluyen los siguientes:

- Depresión.

- Trastornos de ansiedad.
- Esquizofrenia.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno bipolar.
- Adicciones.
- Trastornos del sueño.

Pasos de la psicoterapia cognitivo conductual.

- Formulación o conceptualización del caso.
- Psicoeducación.
- Establecimiento de una buena relación terapéutica.
- Implementación de las técnicas cognitivo-conductuales en base a la planificación realizada.
- Prevención de caídas y recurrencias.

2.3.1.4 Terapia conductual

Yates (1977) cataloga la terapia conductual de la siguiente manera:

La terapia del comportamiento es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de la aplicación del método experimental en psicología y en disciplinas íntimamente relacionadas (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de los patrones de conducta anormales; y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anomalías por medio de estudios experimentales controlados del caso individual.(p.32)

La terapia de conducta implica, principalmente la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta pone el énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones. Implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos.

Este tipo de terapia ayuda al paciente psiquiátrico a un cambio conductual inmediato y se basa en los métodos del condicionamiento operante de refuerzo positivo y negativo, el cual implica que una persona tiene más oportunidades de repetir una acción si el resultado de esta es positivo y de no repetirla si la consecuencia es negativa.

2.3.1.5 Efectividad de la terapia conductual

Cuando se trata de problemas de comportamiento específicos la terapia conductual es la opción ideal para una psicoterapia efectiva, por ejemplo: las fobias, los trastornos de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo son problemas que responden bien a los tratamientos conductuales, esta terapia en complemento con otras formas de abordar la problemática colabora a la mejora de los pacientes con trastornos mentales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los enfoques centrados en el comportamiento no son siempre la mejor solución. Por ejemplo, la terapia de comportamiento no es generalmente el mejor enfoque en el tratamiento de los trastornos psicológicos más graves, como la depresión, el trastorno bipolar o la esquizofrenia. Pero si ayuda en gran medida a persona con deficiencia intelectual a responder de manera más adecuada a los estímulos de su ambiente.

2.3.5 Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave y muy común, en el último siglo el porcentaje de padecimiento es igual para los hombres y las mujeres, pero en las mujeres su aparición es más tardía; el término esquizofrenia indica:

Un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad...Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. (Ministerio de salud y consumo, España, 2009, p.35)

Determinar las causas que generan la aparición de la esquizofrenia en un individuo dependería de cada caso en particular, ya que el origen de dicha enfermedad es multicausal,

entre los factores comunes que influyen en su aparición, se encuentran los de carácter social y biológico.

Podemos distinguir ahora entre dos grupos de factores biológicos obviamente predisponentes a la esquizofrenia: las alteraciones estructurales menores del cerebro, por una parte y el efecto de los factores hereditarios, por la otra. Evidentemente, ambos factores aumentan la vulnerabilidad a la esquizofrenia, pero no son, al menos en base a los hallazgos de la investigación contemporánea, claramente específicos de la esquizofrenia, ni su influencia está presente en todos los pacientes. (Alanen, 2003, p. 45)

Generalmente la esquizofrenia se presenta en la adolescencia o en inicios de la vida adulta, entre los 15 a 25 años y son muy pocos los casos registrados en los que su aparición es antes de los 12 años, su progreso es paulatino por lo que al inicio los síntomas no son evidentes. En la búsqueda de la comprensión de la esquizofrenia mencionan algunos autores como: John Hurler Jackson, Emil Kraepelin, Eugen Bleuler que a lo largo de la historia contribuyeron a esclarecer dicho padecimiento, para que el conocimiento se desestigmatice, los cuales se ampliaron posteriormente y son citados en Beck, 2010, p. 22;

John Hurler Jackson en los escritos de neurología de la época victoriana, se encontró un enfoque de la enfermedad mental que tuvo una extraordinaria influencia, de ahí surge la clasificación de esquizofrenia tipo I, se caracteriza por la sintomatología positiva, la cual posee un buen pronóstico y la esquizofrenia tipo II se caracteriza por su sintomatología negativa, por el contrario, no responde bien a la medicación por lo que su pronóstico no es favorable; aunque Jackson creó un marco que todavía sirve de guía para la investigación sobre el comportamiento del cerebro. Emil Kraepelin ideó el sistema de clasificación moderna o nosología de la esquizofrenia, por medio de la observación recogió tres categorías diferentes; la hebefrenia (conductas desorganizadas, desordenadas e incongruentes), catatónica (falta de movimiento y estupor, por una parte; conducta agitada e incoherente por otra parte) y la última categoría es la Paranoide (delirios de persecución o grandeza).

Eugen Bleuler es quien da el término de esquizofrenia la cual denomina como: una familia de trastornos mentales es eminentemente dimensional pues abarca desde la difusión

leve de la personalidad que más tarde se llamaría esquizofrenia hasta la demencia crónica propiamente dicha. En la actualidad, la esquizofrenia es un tema de investigación que aún no ha sido totalmente explorado, por lo que investigaciones recientes; clasifican la esquizofrenia en los siguientes tipos: esquizofrenia paranoide, desorganizada, catatónica, hebefrenica, residual, indiferenciada.

2.3.5.1 Manuales clasificatorios y criterios diagnósticos de la esquizofrenia

Los manuales clasificatorios ayudan en gran manera para que los profesionales de la Salud mental; puedan tener una referencia unificada sobre los distintos padecimientos mentales dichos manuales son; DSM-5 y el CIE-10, se hará referencia a los criterios diagnósticos del CIE-10 ya que es el manual utilizado en El Salvador por lineamientos del MINSAL.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de la esquizofrenia, las cuales suelen presentarse asociadas entre sí, según el CIE-10 son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o defunción del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o pensamiento o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otro tipo de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, capacidades o poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otro mundo).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentes.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

- g) Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o disminución de la potencia social. Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o medicación neuroleptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida del interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico.

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes durante el periodo de un mes o más.

2.3.5.2 Tratamiento de la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, de acuerdo a la gravedad se vuelve limitante, por lo que es necesario que el sujeto se incorpore a un tratamiento multidisciplinario, en el que la Psiquiatría y la Psicología se complementan para brindar una atención integral al paciente, generando habilidades para volverlo lo más independiente posible y así mejore su calidad de vida.

En el tratamiento farmacológico utilizado por el MINSAL son los siguientes antipsicóticos:

Clorpromacina 300-1000 mg al día, vía oral Haloperidol 5-60 mg al día, vía oral; Decanoato de Flufenazina 25-50 mg IM cada 15 días o mensual; Clozapina (en esquizofrenia refractaria) 100-900 mg, al día vía oral; Olanzapina 10-20 mg al día vía oral Risperidona 2-8 mg al día vía oral; Quetiapina (fumarato) 300-900 mg al día vía oral. (MINSAL, 2012, p.57)

Los medicamentos antes citados tienen como objetivo disminuir los síntomas, generar estabilidad en el área social del individuo y prevenir recaídas, es importante aclarar que los antipsicóticos no curan la enfermedad solo estabilizan los síntomas. La dosis será modulada

de acuerdo al progreso y será determinada por el Psiquiatra. Los medicamentos se complementan con la atención psicológica que ayuda sobre todo en el área social del individuo, el manejo de la enfermedad y la interacción con sujetos con su mismo padecimiento. Los tipos de terapia que se pueden aplicar son los siguientes: terapia individual, ocupacional, grupal y familiar.

➤ **Terapia Individual.**

En la terapia individual la corriente que más eficacia ha demostrado es la terapia cognitiva conductual. Ya que; Permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados al objetivo. Implica, al menos, una de las siguientes acciones: a) monitorización de los pensamientos, sentimientos o conductas en relación a los síntomas; b) promoción de vías alternativas de afrontamiento de los síntomas; c) reducción del estrés. (Ministerio de salud y consumo, España, 2009, p.80). Además de brindar psicoeducación para que el individuo sea consciente de su padecimiento y evite los factores que lo lleven a las recaídas, manejando de la mejor manera la esquizofrenia.

➤ **Terapia Ocupacional.**

En este tipo de terapia se busca que el individuo desarrolle, habilidades motrices creando distintas actividades que le animen a aprender distintas manualidades que incluso le pueden ayudar a generar algún tipo de ingreso, un ejemplo de ello es manualidades con bisutería.

➤ **Terapia Grupal.**

Se realiza a través de las interacciones con otros individuos que poseen el mismo padecimiento y el compartir las experiencias o situaciones que afrontan a diario, ayuda de gran manera a sobre llevar el duelo al enterarse del diagnóstico y para afrontar la enfermedad a lo largo de la vida, dicha interacción se da en un ambiente controlado por uno o varios moderadores capacitados para dicha terapia.

➤ **Terapia Familia.**

La familia es un factor fundamental para que el individuo afronte de manera adecuada su enfermedad y también para que la familia identifique la forma de ayudar a la persona que lo padece, además de saber cuidar de su propia salud mental, ya que los cuidadores de las personas con padecimientos psiquiátricos también sufren de un gran desgaste psicológico.

Una de las alternativas es la terapia sistémica familiar, pero el enfoque dependerá del Psicólogo a cargo.

2.3.6 Discapacidad intelectual

La Discapacidad Intelectual es un problema de salud muy significativo, por su prevalencia, por sus obstáculos, los costos que tiene para el sistema de salud pública, para los cuidadores o pacientes, y por todas estas razones, debe ser un objeto de estudio y una prioridad para el ministerio de salud.

Para entender la discapacidad intelectual es necesario definir que es inteligencia la cual se entiende como la capacidad mental, que incluye la capacidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar abstractamente, comprender ideas complejas, aprender material nuevo y aprender de la experiencia. Una manera de medirla, aunque no perfecta, es el puntaje del coeficiente intelectual (CI), que se obtiene por pruebas estandarizadas aplicadas por profesionales entrenados.

Definición anterior retraso mental.

El sistema de la AAMR (Asociación Americana sobre el Retraso Mental) de 1992, definía el retraso mental como: "... limitaciones considerables en el funcionamiento del día a día. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, con limitaciones relacionadas a áreas de habilidades. (p.445)

Definición de discapacidad intelectual.

Según Ignacio Olivar Noguera y Jesús Marta Morena (2013) la discapacidad intelectual: Se trata de una agrupación de enfermedades y síndromes que tienen una característica en común, la cual es que las personas que la padecen tienen limitada su capacidad mental que impide o dificulta desde su infancia o desde la adolescencia el funcionamiento normal de su entorno familiar, social y laboral. (p.11)

La Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD), antes conocida como Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AARM), definió el retraso mental como las limitaciones sustanciales en el funcionamiento del día a día.

2.3.6.1 Génesis de la discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual puede tener su génesis en una variedad de causas ya sea por factores médicos o ambientales, y la clasificación de la discapacidad dependerá totalmente del momento en el cual aparece, lo único que tienen en común es el lugar donde afecta; en el desarrollo y crecimiento del cerebro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la clasificación de las causas de discapacidad intelectual, ya sea factores que ocurren antes, en el transcurso del parto y luego de este.

Tiene tres características indispensables:

- Funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media. El coeficiente intelectual (CI) debe ser menor o igual a 70-75 puntos.
- Conducta adaptativa deficitaria.
- Se manifiesta antes de los 18 años.

2.3.6.2 Causas de la discapacidad intelectual

Causas genéticas.

- Las más habituales en la deficiencia intelectual son las alteraciones cromosómicas. Si se producen variaciones en el número de cromosomas (23 pares), en su composición, se forman variaciones concretas que pueden constituir determinados síndromes.

Causas endocrinas o en el metabolismo.

- El trastorno metabólico puede deberse a un déficit en la asimilación de las proteínas, de los hidratos de carbono o de los lípidos. Según cuál sea, se producirán unas enfermedades con síntomas y gravedad distintas.

Enfermedades infecciosas de la madre.

- Enfermedades infecciosas que se han padecido en el periodo del embarazo, específicamente en los primeros tres meses ya que es donde se puede afectar al feto dando origen a malformaciones, alteraciones visuales o auditivas y retraso mental. Pueden ser eruptivas (rubeola, varicela o sarampión) o no, como la gripe y la toxoplasmosis (infección producida por un parásito procedente de los animales).

Factores químicos.

- Los efectos de los fármacos pueden atravesar la placenta y producir alteraciones en el feto. Las mujeres en el periodo del embarazo deben tener precaución con las medicinas que toman, por lo que en este periodo no se aconseja automedicación por efectos secundarios que pueden tener.
- Al igual al estar embarazada se prohíbe todo consumo de drogas, de las que no se deben excluir el tabaco y el alcohol, entre otros.

Factores nutricionales.

- La alimentación de la madre debe ser saludable, porque al ser insuficiente o por inadecuada, influye directamente en el feto. Lo cual debe recibir las sustancias por parte de la madre que serán necesarias para la formación y para el desarrollo de las estructuras nerviosas.
- La alimentación debe ser sana, equilibrada y variada.

Factores inmunológicos.

- El más frecuente es la ictericia nuclear del recién nacido, producida por causas diversas, entre las que destaca la incompatibilidad sanguínea entre madre e hijo (el factor RH de los glóbulos rojo).

Causas obstétricas.

- En partos difíciles, pueden producirse traumatismos peligrosos para el cerebro del recién nacido.

- La anoxia o hipoxia, cuando en el momento del nacimiento no llega el oxígeno suficiente al cerebro, ocasionan lesiones neurológicas irreversibles de mayor o menor grado, que pueden ir asociadas o no al retraso mental.

Prematuridad.

- Prematuridad cronológica es cuando el niño nace antes de que la gestación llegue a término. Cuanto más pequeños y de menor peso sean, presentarán más problemas y más graves.
- Prematuridad ponderal es cuando, aun naciendo a los nueve meses, tiene un peso inferior a 2.5 kilos.
- Los niños prematuros de muy bajo peso pueden llegar a tener una serie de secuelas, entre las que una de ellas puede ser el retraso mental.

Enfermedades infecciosas.

- Destacan la meningitis y la encefalitis.
- La meningitis si es diagnosticada y tratada a tiempo, las consecuencias son menores, e incluso es posible una curación completa sin secuelas.
- La encefalitis, se puede evitar su aparición impidiendo las subidas bruscas de fiebre.

Una carencia.

- Una carencia nutricional puede impedir una evolución normal del cerebro e influir en el desarrollo neuronal y, por tanto, producir retraso mental.

Traumatismos craneales.

- El cerebro del niño está en fase de desarrollo y su protección es débil, sobre todo en los primeros años de vida.
- Un golpe en la cabeza puede tener mayores o menores consecuencias en función de su gravedad y localización. Si se produce pérdida de conciencia, es de temer que los resultados sean peores.

Intoxicaciones.

- La intoxicación infantil más usual que puede influir en la capacidad intelectual es chupar juguetes tóxicos.

Ingestión de alcohol.

- Dependiendo de la edad del niño y de la cantidad ingerida, las secuelas son mayores o menores, aunque siempre peligrosas, desde un estado de confusión hasta consecuencias graves de retraso mental.

Ingestión de productos químicos.

- A veces, por accidente, error o desconocimiento, el niño bebe lejía, o ingiere insecticidas, raticidas, herbicidas, o fármacos: que en dependencia de la dosis tomada y de la edad del niño, puede causar encefalopatías graves e incluso causar la muerte.

2.3.6.3 Clasificación y niveles de la discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es un trastorno determinado por la aparición de un desarrollo mental incompleto, se caracteriza especialmente por el deterioro de las funciones de cada etapa del desarrollo y que contribuyen al nivel de la inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

La OMS propone la siguiente clasificación en el CIE-10:

- Retraso mental leve. CI entre 50-69.
- Retraso mental moderado. CI entre 35-49.
- Retraso mental grave. CI entre 20-34.
- Retraso mental profundo. CI inferior a 20.

Según el CIE en la clasificación F70, F71, F72, F73 se encuentra las pautas diagnosticas de retraso mental:

Retraso mental leve F70:

Se utilizan test de C.I. estandarizados de un modo adecuado para diagnosticar el retraso mental leve debe estar en el rango del 50 al 69.

La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso. Al igual presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, lo cual puede persistir en la vida adulta. Sólo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica. Algunos de los afectados pueden presentar además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas. En estos casos deben ser codificados independientemente. Incluye: debilidad mental subnormalidad mental leve, oligofrenia leve.

Retraso mental moderado F71:

El C.I. para diagnosticar el retraso mental moderado debe estar comprendido entre 35 y 49. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes autismo infantil o trastornos del desarrollo los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, sobre todo en los retrasos mentales moderados, a pesar de lo cual la mayoría pueden llegar a ser capaces de un caminar sin ayuda.

Retraso mental grave F72:

Para diagnosticar el C.I. está comprendido entre 20 y 34. Incluye: subnormalidad mental grave oligofrenia grave.

Retraso mental profundo F73:

Para el diagnóstico El C.I. es inferior a 20. La comprensión y la expresión del lenguaje se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede que se manifieste una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motricidad, de epilepsia o de déficits visuales o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar. Incluye: idiocia subnormalidad mental profunda oligofrenia profunda

Dimensiones de evaluación.

Para realizar un buen trabajo luego de diagnosticar es necesario mantener un control para la intervención que se lleva a cabo a través de los métodos oportunos para evitar desajustes en la evolución de la intervención. El proceso de evaluación es muy importante, porque nos permite hacer modificaciones y adaptar las estrategias según las necesidades de la persona.

Según C. de Pablo – Blanco y J. Rodríguez Román, (2010). El proceso de evaluación incluye varias fases entre las que destacan: recogida de datos, análisis y registro de la información, formulación de juicios de valor, toma de decisiones y elaboración de informes sobre los resultados obtenidos. (p.43)

Los autores antes mencionados destacan que en el proceso de evaluación se encuentran cuatro funciones diferentes:

- Función de diagnóstico: se lleva a cabo en el momento inicial teniendo como objetivo valorar la realidad sobre los diferentes aspectos sobre los que se va a actuar.
- Función de pronóstico: desde la evaluación de diagnóstico este proceso tiene como función predecir los resultados, así como proporcionar información

acerca de la programación de objetivos, contenidos y actividades que se deben establecer.

- Función de orientación: a través de la evaluación los diferentes especialistas tomarán las decisiones apropiadas con el objeto de descubrir las oportunidades de intervención y minimizar las dificultades de la persona a lo largo de los procesos de aprendizaje.
- Función de control: se lleva a cabo principalmente a lo largo y al final de la intervención y nos permite conocer el nivel de logros conseguido y, por tanto, la eficacia de la intervención específica en todas sus dimensiones.

Según el propósito de la evaluación se diferencia habitualmente entre un tipo de evaluación formativa o un modelo de tipo sumativo. La primera nos proporciona información para mejorar el proceso de intervención y corregir las posibles dificultades detectadas planteando las posibles alternativas. La segunda tiene como propósito evaluar los resultados obtenidos, la eficacia del proceso aplicado y se lleva a cabo en las últimas fases de la intervención.

2.3.7 Centro de Día

Los centros de atención de día son también conocidos como hospitales de día en otros países y con ese nombre fue fundado en El Salvador llevando dicho nombre hasta 2013 cuando se denominó Centro de Día como es conocido hasta la actualidad. Los Hospitales de Día (HD o HDP) es una alternativa reciente a las necesidades de la población que padece una enfermedad Psiquiátrica, ya que estas personas requieren de una atención multidisciplinaria para que la calidad de vida y la funcionalidad sea lo más adecuada posible.

El centro de día en El Salvador es una estrategia implementada por el gobierno Vasco que forma parte de la gran España por lo que la información que se presenta en este apartado es recolectada de los diferentes países que ya tienen implementados esta estrategia de atención a la población con padecimiento psiquiátrico.

Por otro lado, existe El Hospital Diurno, al respecto Olivos Citado por Naranjo (2001) explica: como estructura terapéutica, surgiría dentro de esta evolución y su

historia permitiría reconocer ciertas etapas que señalarían a la vez los cambios de la inserción de la psiquiatría en la sociedad y las modificaciones técnicas de los recursos terapéuticos (p. 4)

El primer Hospital de Día fue establecido en la Unión Soviética en la década del 30. No fue sino después de la Segunda Guerra Mundial, en el año 1946, que la psiquiatría del mundo occidental inauguró “una fórmula experimental de hospitalización para los enfermos mentales”, con Cameron en Montreal y Bierer en Londres. Luego se le unió Inglaterra y con meses de diferencia estados unidos fundo un HD en 1946 por el Dr. D. Ewen Cameron.

La aparición casi simultánea de estos HD permite señalar que, además de la intuición de sus creadores y de la capacidad de llevar adelante sus ideas, otros factores favorecieron el surgimiento de esta manera de estructurar un tratamiento. Bleandonu y Despinoy (1974; en Olivos, 1985, pg. 25) distinguen factores socioeconómicos y técnicos. De esta manera la psiquiatría descubre que la hospitalización tradicional aleja de la sociedad a las personas con algún padecimiento psiquiátrico y no contribuye de la manera que se desea, por lo que se trata de realizar una psiquiatría más humana y enfocada en la mejora de la calidad de vida no solo del paciente del HD sino también de las personas que los cuidan involucrándolos en la terapia.

Entre los factores socioeconómicos destaca la saturación hospitalaria que había después de la segunda guerra mundial lo que también se ve como una estrategia de atención. Los factores técnicos que generan la necesidad de la creación de los HD es la actualización en los métodos de atención a personas con padecimiento psiquiátricos por otra parte las ciencias sociales influyen de gran manera y colaboran con la atención de este tipo de pacientes complementando y mejorando la atención que se brinda.

Además, se logra que la sociedad deje de verlos como una carga y empiece a incluirlos y aceptarlos por medio de las mejoras que estas personas presenten poco a poco, ya que los hospitales de día como opción a la hospitalización completa se expandió a lo largo del continente llegando a Centro América y a países como El Salvador, debido a su funcionalidad en los países ya existentes.

2.3.7.1 Áreas de atención que ofrece un HD.

Actividades grupales:

- Psicoterapia de grupo.
- Grupos comunitarios.
- Terapia ocupacional. Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnicas de resocialización, grupos de discusión, lectura de prensa, artes plásticas, etc.
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.
- Grupos específicos para patologías concretas: grupo de imagen corporal, grupo pos-pandrial, grupo para pacientes con problemas de control de impulsos, entre otros.

Atención individualizada:

- Entrevistas individuales
- Tratamientos farmacológicos con prescripción, control y entrega diaria de la medicación. El HDP facilita un ajuste preciso de medicación con minimización de efectos secundarios, y abordaje de cambios de medicación.
- Psicoterapia individual breve reglada.

Atención familiar:

- Intervención familiar mediante entrevistas diagnósticas, psicoeducativas o terapéuticas.
- Grupos multifamiliares psicoeducativos y de resolución de problemas.
- Actividades terapéuticas complementarias
- Psicoterapias específicas de los modelos usualmente utilizados en la clínica.

2.3.7.2. Requerimientos para la creación o establecimiento de un centro de día según,

Representantes Asociación Española de Neuropsiquiatría:

Compactando los objetivos que debe perseguir un HDP se podrían mencionar que; En definitiva, busca un aumento de la calidad de vida y la satisfacción (disminución del

sufrimiento) de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de su entorno próximo (familia), mediante la:

- disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica,
- la prevención y reducción de recaídas.
- la prevención del deterioro.
- el mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Requerimientos básicos para la recomendación de la asistencia a HDP:

- El paciente ha de disponer de cobertura social que garantice su alojamiento y cuidados, si los precisa, durante el periodo de tiempo que no cubre el HDP.
- El paciente ha de ser capaz de desplazarse hasta el HDP desde su lugar de residencia, por sí mismo o facilitado por instancias sanitarias o sociales.
- El paciente ha de aceptar y ser capaz de colaborar mínimamente con el programa terapéutico del HDP. Esta aceptación ha de procurar hacerse extensiva a la familia o persona/s con las que conviva el enfermo.

Los trastornos psiquiátricos en los que existe consenso general de la indicación de HDP, son los pertenecientes a los siguientes capítulos de la CIE:

- F20-29: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
- F30-39: trastornos del humor.
- F40-49: trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes. En aquellos casos cuya gravedad aconseje el empleo de HDP y con la probable excepción de los trastornos somatomorfos.
- F50: trastornos de la conducta alimentaria, bajo la forma de programas específicos.
- F60-69: trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. Con la excepción del trastorno disocial, incluido cuando se presenta en comorbilidad con otra categoría diagnóstica, o cuando los rasgos disociales son predominantes.

Los trastornos psiquiátricos en los que existe consenso general de que no hay indicación de HDP son:

- F00-09: trastornos mentales orgánico incluidos los sintomáticos.
- F10-19: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas psicótropas.

2.3.7.3 Perfil de los pacientes

Indistintamente el grupo diagnóstico al que pertenezca un paciente y salvo aquellos casos en que el citado grupo diagnóstico supone en sí mismo una contraindicación, el perfil general de los pacientes del HDP puede resumirse así:

- a. Pacientes con sintomatología activa.
- b. Capaces de entender y colaborar en su tratamiento.
- c. Sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas.
- d. Sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a tiempo completo.

No son indicaciones válidas para la admisión presentar exclusivamente:

- Necesidades de cuidados mínimos diurnos u otra forma de asistencia no sanitaria derivada de la falta de cobertura familiar durante el horario laboral.
- Problemas de socialización y/o comunicación, sin otra patología subyacente.

Ubicación física de una HDP

El HDP debe estar situado en el entorno de la comunidad a la que sirve y su desplazamiento ha de atender a criterios de accesibilidad en función de distancias y transporte público, y de organización y funcionamiento. Esta ubicación ha de preservar una relación muy fluida y preferente con las unidades de hospitalización breve y con los equipos de salud mental ambulatorios junto con un canal constante en la derivación, al alta, de los pacientes del HDP hacia dichos dispositivos.

Organización interna:

El HDP se organiza como una estructura jerárquica en cuanto a la gestión del personal técnico, administrativo y de servicios y como una estructura flexible en cuanto a la atención a los pacientes. Dicha prestación de servicios se organiza en actividades terapéuticas diferenciadas e identificadas con responsables nominalmente asignados a las mismas. Sobre el catálogo de actividades que ofrezca el HDP se confeccionará el programa individualizado para cada paciente, que comprenderá fundamentalmente los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades en las que participará el paciente, además, las actuaciones con su entorno próximo, especialmente la familia.

Todo paciente del HDP dispondrá desde su ingreso en el mismo de una carpeta o carpeta individual que ha de contener, al menos, los siguientes documentos:

- Datos de filiación, administrativos y sociodemográficos.
- Informe de derivación del centro o dispositivo del cual procede.
- Historia psiquiátrica.
- Examen del estado mental en el momento de la admisión.
- Diagnóstico.
- Programa terapéutico inicial con expresión de los procedimientos a utilizar, los objetivos a alcanzar y las evaluaciones.
- Hojas de tratamientos biológicos.
- Hojas de evolución clínica.
- Documentación de enfermería.
- Protocolos específicos en los que está incluido.
- Exámenes diagnósticos complementarios (biológicos y psicológicos).

2.3.7.4 Criterios imprescindibles para la acreditación como HDP

Se define como centro de tratamiento activo (según lo que se especifica en el presente documento).

- Protocolización de los criterios de admisión y exclusión con justificación escrita de estos últimos.

- Explicitación del lugar que ocupa en la red sanitaria asistencial y de las relaciones funcionales que mantiene con los distintos dispositivos.
- Organigrama interno.
- Criterios de alta y derivación.
- Documentación clínica homologada con los restantes dispositivos de la red asistencial en la que se inserta.
- Definición explícita de los programas terapéuticos de los programas que llevará a cabo, material y personal necesario, indicaciones y contraindicaciones.

Criterios de acreditación según niveles de clasificación.

El primer nivel establece las condiciones mínimas exigibles en cuanto a estructura física, recursos, normas y procedimientos y sistema de evaluación. El segundo nivel establece las condiciones necesarias para un desempeño normalizado de las funciones atribuidas al HDP.

2.3.7.5 Dotación material y de recursos humanos

Los recursos tanto materiales como humanos son imprescindibles para el adecuado funcionamiento de una institución y este es el caso de los centros de día, por lo que posteriormente se explica al respecto.

Capacidad asistencial

Para dimensionar adecuadamente el dispositivo debería tenerse en cuenta que conviene ofertar, al menos, dos actividades simultáneas para perfiles diferenciados de pacientes, y recordar que hay pacientes que sólo acuden a actividades determinadas, o algunos días a la semana. Además, el perfil de pacientes y el potencial asistencial de la plantilla de personal, aconseja diseñar el HDP con una capacidad óptima de 30 plazas de forma que la configuración de los grupos y actividades queden aseguradas. Para garantizar la viabilidad técnica y económica de un HDP se requiere una ocupación media mínima de 15 pacientes diarios.

Recursos de personal:

Calculados para 30 plazas con una ocupación media del 80% y oferta del programa asistencial básico.

- Dos psiquiatras y un psicólogo, uno de ellos con función de jefe del HDP.
- Personal de enfermería: mínimo de tres personas. Al menos una de ellas enfermera, responsable de la gestión de los recursos.
- Terapeuta ocupacional.
- Trabajador social disponible.
- Auxiliar administrativo.
- Celador disponible.

Estas estimaciones de personal deberán ser mayores dependiendo del peso del programa de contención de ingresos y del programa de tratamientos.

Necesidades de espacio:

- Un despacho por facultativo.
- Sala de reuniones/biblioteca.
- Secretaria/archivo clínico.
- Área de enfermería con despacho, y área de observación con cama, botiquín y material sanitario.
- Almacén de material.
- Dos salas de grupo, una de ellas preparada para terapia ocupacional.
- Sala común para los pacientes, polivalente (sala de estar, juegos de mesa, comedor, entre otros.) con un "office" anexo.
- Sala común para pacientes fumadores.

Recursos materiales diagnósticos, terapéuticos y administrativos:

- Material clínico y de diagnóstico médico.
- Material de enfermería.
- Test y otro material de diagnóstico psicológico.
- Material de terapia ocupacional y otras actividades socializadoras.

➤ Material de secretaría.

De los servicios de diagnóstico médico, podrán realizarse en el HDP las extracciones analíticas, y el resto se remitirán a otros centros.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de investigación.

La metodología que se utilizó para la investigación fue de tipo cualitativa debido a la importancia que tiene indagar sobre el impacto que produce el proceso psicoterapéutico en los pacientes con diagnóstico psiquiátricos que asisten al centro de día, específicamente al paciente con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

Sampieri (2010) menciona que la metodología cualitativa presta especial atención a las experiencias de las personas que están sujetas a la investigación, por tanto:

El investigador cualitativo, utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevista abiertas...evaluación de experiencias personales, registros de historias de vida... se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres vivos, sobre todo los humanos y sus intenciones (busca interpretar los que va captando activamente). (p.9)

En este sentido la información que proporcionaron los sujetos de estudio en cuanto a los significados y puntos de vista que ellos expresaron, fue de suma importancia para la investigación y más aún cuando se utilizó como guía la investigación cualitativa. El diseño que se efectuó para esta investigación fue de tipo fenomenológico, debido a que se dio énfasis a los significados de las experiencias vividas por los pacientes y sus familiares en el proceso psicoterapéutico.

El estudio se realizó con los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia que asisten al centro de día en el Hospital San Juan de Dios, en la ciudad de Santa Ana; en los meses comprendidos de junio a diciembre del año 2019.

3.1.1 Población y muestra

Población

La población se conformó por los pacientes del centro de día, los cuales oscilaban entre 13 a 60 años cronológicos diagnosticados con: esquizofrenia, deficiencia intelectual, trastorno bipolar, epilepsia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno orgánico afectivo,

hiperactividad, depresión, síndrome de Tourette y trastorno orgánico de la personalidad. Sumaron un total de 26 pacientes, además de sus cuidadores que participaron en el programa psicoeducativo y de autoayuda de familia a familia.

Se seleccionó a la población diagnosticada con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia, para integrar la muestra de la investigación, debido a que fueron los trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia en el centro de día.

Sujetos de investigación

La muestra que participó en el proceso de investigación fueron los siguiente: dos personas con diagnóstico de esquizofrenia y cinco con diagnóstico de deficiencia intelectual, de los cuales seis eran del sexo masculino y una del sexo femenino; los pacientes rondan entre las edades de trece a sesenta años, y su respectivo representante cuidador. El muestreo del estudio cualitativo se detallará en el apartado respectivo, destacado en los criterios de exclusión e inclusión.

De igual manera se contaron con otros profesionales de la salud mental que dieron su apoyo en la investigación, entre los cuales resaltan los siguientes: Médico psiquiatra, fisioterapeuta, psicóloga de planta y practicantes de psicología.

Otras personas e instituciones que brindaron información de los pacientes del centro de día fueron:

- Unidad de Salud Mental por medio del Doctor Javier Trujillo.
- Practicantes de la Universidad de El Salvador Facultad Multidisciplinaria de Occidente.
- Practicantes de la Universidad Modular Abierta Santa Ana.

Muestreo

En esta investigación el muestreo fue no probabilístico, ya que no todos los pacientes diagnosticados con enfermedades psiquiátricas del centro de día serían los participantes en dicho estudio.

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la

probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Johnson, 2014, Hernández-Sampieri et al., 2013 y Battaglia, 2008b). Aquí el procedimiento no es mecánico ni se base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende del planteamiento del estudio, del diseño de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella (Hernández, et al., 2014, p. 176)

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Que el paciente y su cuidador estén de acuerdo en participar en la investigación (se firmara un consentimiento informado).
- Que tenga como mínimo un año de haber sido diagnosticados y de estar asistiendo de manera sistemática al Centro de atención de día.
- El sexo del participante puede ser masculino o femenino.
- Las edades estén comprendidas entre 13 a 60 años.

Exclusión

- Que tenga menos de un año de haber sido diagnosticados y no asista al centro de día.
- Que no exista un acuerdo mutuo de cuidador y pacientes para participar en la investigación.
- Que tenga diagnóstico psiquiátrico que no sea o deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

3.2 Métodos y técnicas

1. Nombre del instrumento:

Entrevista psicológica a profundidad semi-estructurada dirigida a cuidadores de pacientes diagnosticado con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

Objetivo del instrumento:

Indagar por medio de los cuidadores el impacto que genera la psicoterapia en su familiar diagnosticado con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia al asistir al centro de Día, área de salud mental.

Descripción del instrumento:

El instrumento consta de diecisiete preguntas divididas en 6 categorías:

- Proceso de embarazo por parte de la madre del paciente consta de 3 preguntas.
- Desarrollo en la infancia que consta de 2 pregunta.
- Origen de la sintomatología del trastorno 1 preguntas.
- Evaluación del proceso psicoterapéutico por parte del cuidador 6 preguntas.
- Fármacos dados por psiquiatra 1 pregunta.
- Conocimiento que posee el cuidador acerca del centro de día 4 preguntas.

2. Nombre del instrumento:

Entrevista psicológica a profundidad semi-estructurada dirigida a pacientes con diagnosticó de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia el impacto que genera la psicoterapia que reciben en el Centro de Día.

Objetivo del instrumento:

Indagar por medio de los pacientes el impacto que genera la psicoterapia al asistir al centro de Día, área de salud mental

Descripción del instrumento:

El instrumento consta de doce preguntas divididas en 5 categorías:

- Diagnóstico del paciente que consta de 2 pregunta.
- Desarrollo en la infancia que consta de 1 pregunta.
- Sintomatología del paciente 2 preguntas.
- Evaluación de proceso psicoterapéutico por parte del paciente 4 preguntas.
- Habilidades desarrolladas al asistir a las terapias del centro de día 3 preguntas.

3. Nombre del instrumento:

Entrevista psicológica al profesional que labora como médicos psiquiatras.

Objetivo del instrumento:

Obtener información del personal que labora con pacientes diagnosticados con trastorno de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia en el Centro de Día.

Descripción del instrumento:

El instrumento consta de diecisiete preguntas divididas en 5 categorías:

- Esquizofrenia que consta de 6 preguntas.
- Deficiencia intelectual que consta de 5 preguntas.
- Pronóstico del paciente que consta de 1 pregunta.
- Fármacos recetados que consta de 4 preguntas.
- Centro de día 1 preguntas.

4. Nombre del instrumento:

Entrevista semi-esturada al profesional que labora como psicóloga.

Objetivo del instrumento:

Obtener información del personal que labora con pacientes diagnosticados con trastorno deficiencia intelectual y/o esquizofrenia en el Centro de Día.

Descripción de instrumento:

El instrumento consta de diecisiete preguntas divididas en 4 categorías:

- Preguntas referentes al Centro de Día que consta de 3 preguntas.
- Preguntas sobre la esquizofrenia que consta de 5 preguntas.
- Preguntas sobre deficiencia intelectual que consta de 4 pregunta.
- Preguntas sobre el proceso psicoterapeutico que consta de 5 preguntas.

5. Nombre del instrumento:

Entrevista semi- estructurada al profesional que labora como fisioterapeuta.

Objetivo del instrumento:

Obtener información del personal que labora con pacientes diagnosticados con trastorno deficiencia intelectual y/o esquizofrenia en el Centro de Día.

Descripción de instrumento:

El instrumento consta de 14 preguntas divididas en 4 categorías.

- Preguntas referentes al Centro de Día que consta de 4 preguntas.
- Preguntas sobre esquizofrenia que consta de 4 preguntas.
- Preguntas sobre deficiencia intelectual que consta de 4 preguntas.
- Preguntas sobre el proceso psicoterapéutico que consta de 2 preguntas.

6. Nombre del instrumento:

Entrevista semi estructurada a los practicantes de psicología que asisten al centro de día.

Objetivo del instrumento:

Obtener información de los practicantes que atienden pacientes diagnosticados con trastornos psiquiátricos en el Centro de Día.

Descripción de instrumento:

El instrumento consta de dieciséis preguntas divididas en 4 categorías:

- Integración al centro de día que consta de 3 preguntas.
- percepción de la psicoterapia del centro de día que consta de 4 preguntas.
- Casos de los pacientes que consta de 5 preguntas.
- Centro de día que consta de 4 pregunta.

7. Nombre del instrumento:

Guía de observación participante dirigida a pacientes que asisten al centro de día diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

Objetivo del instrumento:

Identificar las conductas que presentan los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

Descripción de instrumento:

El instrumento consta de 10 indicadores a observar durante el desarrollo de las terapias impartidas en el centro de día, así como el desarrollo de las entrevistas a realizar

3.3 Validación de instrumentos

La validación de los instrumentos se realizó por medio de profesionales capacitados en el área; Las entrevistas y la guía de observación que se aplicaron a los pacientes y cuidadores, fueron validados por el Psiquiatra, la psicóloga y la fisioterapeuta del Centro de Día, ya que son quienes conocen y viven la realidad de las personas con padecimiento psiquiátrico específicamente con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia, los profesionales que validaron los instrumentos son los siguientes:

- Doctor Javier Trujillo Delgado (director del área de Salud Mental, psiquiatra).
- Licenciada Leila Linares de Hernández (encargada del Centro de Día, fisioterapeuta).
- Licenciada Ana Luisa Matamoros (psicóloga del Centro de Día).

Para los instrumentos que se le aplico a los profesionales (Psiquiatra, Psicóloga, Fisioterapeuta, practicantes de psicología) será validado por el Licenciado Marco Antonio Sánchez Cashpan quien estuvo en contacto directo durante dos años en el Centro de Día y en

la actualidad es un profesional externo al mismo.

3.4 Procedimientos para obtención de información

La información se recolecto por medio de entrevistas a profundidad semi-estructuradas a los cuidadores y a los pacientes del Centro de Día, también a los profesionales que los atienden, además se aplicó una guía de observación, para poder recolectar la información necesaria que permita cumplir con los objetivos propuestos.

Cronograma para la aplicación de instrumentos.

Julio de 2019				
01 al 05 de julio	08 al 12 de julio	15 al 19 de julio	22 al 26 de julio	29 al 31 de julio
Aplicación de instrumentos (entrevista semi-estructurada) a los profesionales de salud mental que integran el Centro de Día.	Inicio de la observación a los pacientes.	Aplicación de instrumentos a cuidadores y a pacientes del Centro de Día	Suspensión de las actividades por fiestas patronales en Santa Ana - El Salvador.	Finalizar la guía de observación.

I cronograma de actividades. (Elaboración propia)

La aplicación de las entrevistas a los profesionales, pacientes, practicantes y cuidadores que participaron; los instrumentos se administraron cara a cara ya que es de suma importancia el lenguaje corporal del entrevistado, de no ser así la investigación perdería su objetividad.

3.5 procesamiento de la información

La investigación que se desarrolló, fue de tipo cualitativa por lo que para procesar la información recolectada se realizó por medio de matrices que contienen las categorías investigadas por medio de las entrevistas aplicadas. Cada categoría abarcaba un grupo de

preguntas, la guía de observación se procesó a través de un formato que permitió analizar los acontecimientos y observaciones relevantes.

Sampieri (2010). Algunos reportes cualitativos se enriquecen con la ayuda de apoyos gráficos (mapas, diagramas, matrices, calendarios y jerarquías)...los cuales deben ser sustentados por las vivencias y testimonios de los participantes. (Sampieri, 2010, p.533)

Instrumento 1: Matriz de entrevista semi-estructurada dirigida al cuidador

Objetivo: sistematizar los datos obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada aplicada a los cuidadores de los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia que asisten al Centro de Día.

La entrevista consta de doce preguntas divididas en 5 categorías por lo tanto para la realización de la matriz se tomaron en cuenta dividiendo la matriz entre las mismas, colocando dentro de cada categoría las preguntas que correspondían a la misma y por cada pregunta se identificará a los cuidadores por medio de la numeración siguiente "cuidador 1" y así sucesivamente por cada cuidador que participo como muestras en la investigación y de esta manera identificar la respuesta de cada persona, además se colocó en el extremo derecho un apartado para el análisis parcial que los investigadores realizaron por pregunta.

Instrumento 2: Matriz para procesamiento de la información de la entrevista a profundidad semi-estructurada para pacientes.

Objetivo: sistematizar los datos obtenidos por medio de la entrevista semi estructurada aplicada a los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia que asisten al Centro de Día.

La entrevista consta de diecisiete preguntas divididas en 6 categorías por lo tanto para la realización de la matriz se tomaron en cuenta dividiendo la matriz entre las mismas, colocando dentro de cada categoría las preguntas que correspondían a la misma y por cada pregunta se colocó la clave de cada paciente que participo como muestras, para identificar la respuesta de cada persona, además se colocó en el extremo derecho un apartado para el análisis parcial que los investigadores realizaron por pregunta.

Instrumento 3: Matriz para procesamiento de información para entrevista a profundidad semi-estructurada dirigida al Psiquiatra.

Objetivo: sistematizar los datos obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada aplicada al psiquiatra que labora en el centro de día.

El instrumento consta de diecisiete preguntas divididas en 5 categorías en este instrumento como en los anteriores se respetó el orden de las categorías ya establecido en las entrevistas, posteriormente se colocó las preguntas ubicando la respuesta en el extremo derecho de la hoja, esta matriz llevara al final el análisis de la entrevista realizado por los investigadores.

Instrumento 4: Matriz para procesamiento de información para entrevista semi-estructurada dirigida a la Psicóloga.

Objetivo: sistematizar los datos obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada aplicada a la psicóloga que labora en el centro de día.

El instrumento consta de diecisiete preguntas abiertas divididas en 4 categorías en este instrumento como en los anteriores se respetó el orden de las categorías ya establecido en las entrevistas, posteriormente se colocaron las preguntas ubicando la respuesta en el extremo derecho de la hoja, esta matriz llevara al final el análisis de la entrevista realizado por los investigadores.

Instrumento 5: Matriz para procesamiento de información para entrevista semi-estructurada dirigida a Fisioterapeuta.

Objetivo: Sistematizar los datos obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada aplicada a la Fisioterapeuta que labora en el centro de día

El instrumento consta de catorce preguntas divididas en 4 categorías ya establecido en las entrevistas, por tanto, se ordenaron de igual manera, posteriormente se colocaron las preguntas ubicando la respuesta en el extremo derecho de la hoja, esta matriz llevara al final el análisis de la entrevista realizado por los investigadores.

Instrumento 6: Matriz para el procesamiento de la información de la entrevista a profundidad semi-estructurada para practicantes.

Objetivo: sistematizar datos obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada a estudiantes de psicología que laboran en el centro de día.

La entrevista consta de dieciséis preguntas divididas en 4 categorías por lo tanto para la realización de la matriz se tomaron en cuenta las categorías dividiendo la matriz entre las mismas, colocando en cada categoría las preguntas que correspondientes y por cada pregunta se identificó a los practicantes por medio de la numeración siguiente " practicante 1" y así sucesivamente por cada practicante que participo como muestra en la investigación y de esta manera se identificó la respuesta de cada persona, además se ubicó en el extremo derecho un apartado para el análisis parcial que los investigadores realizaron por pregunta.

Instrumento 7: Matriz para guía de observación

Objetivo: sistematizar las características no verbales del paciente obtenidas a través de guía de observación.

La guía de observación consta de diez conductas a observar y están divididas en 3 categorías. Cada conducta observable posee la clave de los siete pacientes que representan la muestra, de esta manera identificaron las conductas por paciente para analizar cada conducta en apartado, colocado en el extremo derecho de la página.

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan de manera integrada el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos que se utilizaron, los cuales fueron cinco entrevistas a profundidad semi-estructurada realizadas a cuidadores de los pacientes del centro de día, que fueron parte de la investigación, profesionales que laboran en el centro de día o que son parte activa de este: Psicóloga encargada, Fisioterapeuta y el Psiquiatra, practicantes de la licenciatura en psicología que realizan sus prácticas y horas sociales en el centro de día.

El objetivo principal de los Centros De Día según la página web del gobierno de España, en la Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico es: En definitiva, persigue un aumento de la calidad de vida y la satisfacción (disminución del sufrimiento) de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de su entorno próximo (familia), mediante la:

- Disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica.
- La prevención y reducción de recaídas.
- La prevención del deterioro.
- El mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Análisis del procesamiento de la información para el paciente

Al realizar la aplicación de la entrevista se pudo identificar que la mayoría de pacientes no conoce su diagnóstico, además uno de ellos mostro posturas y gestos de vergüenza al mencionar su diagnóstico al grado que comento un diagnóstico que no se encuentra en los manuales clasificatorios cabe mencionar que la mayoría de pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual son quienes manifestaron mayor dificultad para contestar y comprender las preguntas.

La mayoría de los pacientes manifestó vivir una infancia tranquila, sin problemas psicológicos, solo caídas sin importancia; sin embargo uno de ellos comentaba que había tenido un impacto en la parte trasera de la cabeza al caer de un árbol, además un golpe que le ocasiono una quebradura de hombro al caer de una bicicleta. Por otro lado manifiestan que los primeros episodios para las personas diagnosticadas con deficiencia intelectual fueron durante los primeros años de la vida escolar y para las personas que padecen esquizofrenia se manifestaron de manera leve en la adolescencia y en la etapa de adulto joven expresando síntomas como miedo, tristeza, preocupación y signos como agresividad.

Es importante mencionar que al consultar sobre la psicoterapia la mayoría de pacientes sostienen que es poco lo que les ha ayudado en su desarrollo, es fundamental considerar que los pacientes no tienen claro que es psicoterapia y mencionan las actividades que se realizan en el centro de día incluyendo los otros tipos de terapia impartidos en dicho lugar, por lo que en su mayoría confundieron los días de asistencia regular al centro de día con los días que se atendían a psicoterapia de manera individual; sin embargo mencionaban habilidades adquiridas en dicho lugar como: amarrar la cinta de los zapatos, pegar papel en globos, pintar, mejorar en las tareas de hacer círculos y rayitas lo que se catalogan como psicomotricidad fina. También mencionaban desarrollo de habilidades sociales tales como: escucha activa, interacción con los demás, mejora en las relaciones familiares, saludo, además de la colaboración que los pacientes realizan en sus hogares con los oficios domésticos. En cuanto al trato que el personal brinda a los pacientes ellos mismos manifestaron que las licenciadas/os son amables con ellos y los tratan bien por lo que comentaban sentirse bien con la atención recibida.

Análisis de resultados de la entrevista semi-estructurada al cuidador

En las entrevistas realizadas a los cuidadores, la mayoría de ellos afirmaban que el embarazo fue un evento inesperado pero a la vez una buena noticia, solo en dos casos la respuesta fue compleja, ya que, una persona manifestó que el niño fue producto de una violación, otra persona narra que a la madre le regalaron el niño, en la gran mayoría de las personas entrevistadas el periodo de gestación del paciente transcurrió de manera normal, solo un cuidador afirma que en labor de parto al niño le faltó el oxígeno, lo que podría explicar la causa de la deficiencia intelectual, el cuidador de un paciente que conforma la muestra menciona que la madre del paciente antes y posiblemente durante el periodo de gestación ingería drogas, lo que podría explicar el diagnóstico de deficiencia intelectual comórbido con esquizofrenia.

Todos los cuidadores mencionaban que el paciente sufrió algún tipo de incidente entre los que mencionaron se encuentran accidente traumático como lo son golpes en la cabeza y falta de oxígeno en el momento de nacer, meningitis aguda, convulsiones en la infancia daño emocional, los cuales pudieron ser causantes o desencadenantes claves para la patología.

Los cuidadores de los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual afirmaron que la sintomatología que evidenció el paciente fue de intensidad leve a moderada, ya que a todos los pacientes con este diagnóstico su primera sintomatología se evidenció en la infancia, específicamente en el periodo escolar, en el cual incluían dificultades para aprender, atender normas sociales y problemas motores, en el caso de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia afirmaban los cuidadores que el episodio sintomático fue de índole fuerte que conllevaron a que el paciente actuara de manera agresiva (autolesión o lanzar objetos) y repetitivos (abrir o cerrar puertas, prender y apagar focos en el hogar entre otros) así como también escuchar voces.

La totalidad de los cuidadores no saben lo que es la psicoterapia, creen que la psicoterapia son las charlas y actividades que realizan los pacientes, al especificar en qué consistía la psicoterapia afirmaron saber poco del trabajo que realizaba la Licenciadas o practicantes de psicología, no especificaron nada de la psicoterapia, al realizárseles la pregunta ¿consideran que la psicoterapia ha sido de ayuda?, mencionaron que mucho y en

buena forma, pero confunden el termino psicoterapia con las terapias en general que se imparten en el centro de día, la frecuencia con la que asisten los pacientes es de dos a cinco días a la semana, a excepción de un paciente que asiste toda la semana, solo un cuidador afirma que al paciente no le gusta ir al centro de día, sin embargo los cuidadores explican que la sintomatología ha mejorado con la ayuda de los fármacos y la asistencia al centro de día, los cuidadores afirman que la psicoterapia ha sido de ayuda en los ámbitos cognitivos y motrices de algunos pacientes.

Los cuidadores expresaban que el diagnostico no podría ser sobre llevado solo con fármacos, ya que las terapias son importantes para un buen desempeño del paciente, especificaban que se necesita la interacción con otras personas con diagnósticos similares para que los pacientes se den cuenta de la importancia de estar en grupo y ayudarse mutuamente.

Aunque los cuidadores expresaron que las terapias son importantes, decían conocer muy poco acerca de las terapias que recibían en el centro de día y se limitaban a explicar lo que los pacientes les comentaban y de las ocasiones en las cuales abordaban a las Licenciadas encargadas para saber de los avances, al realizarle la pregunta ¿considera que el centro de día cuenta con las herramientas necesarias para brindar la psicoterapia?, su respuesta variaba, por una parte, algunos cuidadores afirmaban que el centro de día necesitaba apoyo financiero, que posee un espacio demasiado reducido y carecen del material necesario, en cambio otros cuidadores afirmaban que el centro de día posee todo lo necesario, los cuidadores conocen lo básico de las terapias impartidas, su conocimiento de debe a la información que le brindan los pacientes de las diferentes actividades que realizan.

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA ENTREVISTA PSIQUIATRA.

Categoría: Esquizofrenia.	
Preguntas.	Respuesta.
1.¿Cómo definiría la esquizofrenia?	Desorden degenerativo que es irreversible no se cura, pero se puede controlar, a los pacientes se les dice que es escuchar voces que pueden estar tramando algo contra él y luego les digo que hay que tomar fármacos que le ayudaran a controlar los síntomas, pero les digo que el hecho de estar tomando los fármacos no quiere decir que se van a curar.
2.¿Cuáles son los factores ambientales para que se desarrolle la esquizofrenia?	General mente se puede dar una triada, entre lo que es el huésped el medio ambiente y un estresor psicosocial, para que se dé la esquizofrenia hay teorías la mayoría postula un componente genético, de un 40% a un 55% se puede transmitir la esquizofrenia de padres a hijos, hay personalidades que predisponen a un problema de esquizofrenia la personalidades paranoides las esquizoides y sobre todo las personalidades esquizotípicas, algunos libros de psicología postulan la teoría del doble vinculo, madres esquizofrenizantes y el medio ambiente, en el sentido que usted puede venir con su cromosomopatía o sus alteraciones fases de mitosis de meiosis y un estresor psicosocial hace que usted por su estructura de personalidad desarrolle esquizofrenia y otra persona no, pero tienen que interactuar el componente genético y el componente ambiental a través de un estresor.
3.¿Qué criterios se toman en cuenta para diagnosticar la esquizofrenia?	Según los libros hay síntomas positivos y síntomas negativos, y el CIE 10 y el DSM5, generalmente lo ponen: de los siguientes 5 criterios tiene que cumplir 2 por un periodo mínimo de 6 meses, los síntomas positivos generalmente se asocian a la fase aguda de 6 meses para acá y los negativos se asocian a la fase crónica, los síntomas positivos están asociados a la dopamina y los negativos están asociados a la serotonina, dentro de los positivos,

	<p>los libros describen como 8 o 10 síntomas el robo de pensamiento, el control de pensamiento, transmisión de pensamiento, pensamiento sonoro, voces que dialogan en tercera persona varias experiencias de pasividad, ideas delirantes de persecución, de referencia y de celotipia, y las alucinaciones (de mayor frecuencia auditivas, visuales y somáticas) y dentro de los síntomas negativos alogia, adinamia, anedonia, aplanamiento afectivo, anergia.</p>
<p>4.¿Cuál es el tipo de esquizofrenia que diagnostica con más frecuencia en el hospital?</p>	<p>El más frecuente y el de mejor pronóstico es el paranoide el de peor pronóstico algunos libros dicen la catatónica y otras la hebefrenica, pero en el hospital la paranoide es la que más se diagnostica.</p>
<p>5.¿Qué tipo de fármaco utiliza con más frecuencia en pacientes con esquizofrenia? ¿Considera que este medicamento es el más adecuado para tratar eficaz y efectivamente el trastorno?</p>	<p>Lo ideal sería antipsicóticos atípicos, pero como todo hospital pobre nos toca usar antipsicóticos convencionales que conllevan a un sin número de efectos secundarios molestos que son los causantes que el paciente abandone el tratamiento, los usados son haloperidol clorpromazina que son los antipsicóticos convencionales y los atípicos en los que se encuentran la riperidona.</p>
<p>6.¿Cuáles son los efectos secundarios que los fármacos pueden generar en la esquizofrenia?</p>	<p>Los efectos piramidales o secundarios se dan cuando afecta más una vía que se llama microtría, cuando la dopamina se baja demasiado en esa vía (todos los antipsicóticos lo que hacen es disminuir las cantidades de dopamina solo que los tipos o viejos lo hacen de manera no selectiva) se pueden dar la distonía de torsión (el paciente viene en estado catatónico), acatíxia o síndrome de las piernas locas, disquinesia aguda o tardía y al que todos le tememos es el síndrome neuroleptico maligno, por que el paciente puede fallecer.</p> <p>Medicamentos que da para los efectos piramidales son: riperidona, amantadina, levodopa y algunos relajantes musculares.</p>
<p>Categoría: Deficiencia intelectual.</p>	

<p>7. ¿Cómo definiría la deficiencia intelectual?</p>	<p>Primero es congénita, generalmente se diagnostica en los primeros años escolares, eso en la deficiencia mental leve, es el maestro que ve que el niño no socializa la psicomotricidad esta lenta, no hay un componente psicomotor adecuado, es un desarrollo intelectual lento o por debajo de lo normal y que puede caracterizarse según se puede cualificar o cuantificar.</p>
<p>8. ¿Qué factores influyen para diagnosticar deficiencia intelectual?</p>	<p>tenemos que hablar de Piaget que escribió la fórmula de coeficiente intelectual que es edad mental sobre edad cronológica por cien, lo normal es 90 de CI o 110 CI, 80 CI o 89 débiles mentales, 51 CI o 59 CI leve, 41 CI o 49 CI moderado, 20 CI o 34 CI severo, debajo de 20 profundo, uno le explica a veces a los padres porque los padres no entienden y usted se sienta y le dice que al niño le falta un poquito para tener una inteligencia normal, con diagnóstico leve es fácil porque usted le aconseja que llegue a un quinto grado y que el niño aprenda un oficio ayudante de albañil, obra de banco, y esto es lo que más cuesta por que los padres a veces no aceptan o por el machismo, al paciente se le dice que el tiene problema para no poder tolerar su frustración sus fracasos que el a veces reacciona impulsivamente y que aunque el se esfuerce por hacer los números le va a costar, además el problema mental viene con combo a veces viene con discalculia, dislexia, trastorno oposicionista desafiante, entonces es necesario la labor familiar, porque más que el paciente a veces es a los padres que se les explica, se le dice mire el niño va a llegar hasta tercero ya no lo ponga, porque va a llegar a tercero con 11 años lo van a molestar.</p>
<p>9. Según la clasificación de deficiencia intelectual (Retraso Mental) del manual CIE-10, ¿Cuáles son las tipificaciones de Deficiencia intelectual más</p>	<p>El leve se diagnostica con mayor frecuencia en el hospital, el 80% de los retardos mentales son leves, el 7% moderados el 4.5% severos y 1.2 profundo.</p>

<p>diagnosticada en el Hospital san Juan de Dios Santa Ana?</p>	
<p>10. ¿Qué tipo de fármaco utiliza con más frecuencia en pacientes con deficiencia intelectual?</p>	<p>Se utilizan fármacos según el tipo de comorbilidad lo ideal es mandar un electroencefalograma la mayoría de pacientes con retraso mental presentan una disfunción del lóbulo frontal, porque en el lóbulo frontal está el área motora que es la que implica la agresividad e impulsividad, en el área temporal está el componente de las alucinaciones y en el área parietal se procesa el pensamiento está el componente de los delirios, pero según la comorbilidad por ejemplo: si el paciente tiene retraso mental y es agresivo damos fármacos anticonvulsivos y hay que explicarle a la familia porque por ocasiones la familia lee y le dice a uno pero esto es para la epilepsia entonces usted tiene que sentarse y explicarle, con que nos batimos aquí carbamazepina y ácido valproico para el componente de agresividad a veces el paciente viene con un componente alucinatorio se imagina cosas o habla solo, clorpromazina y haloperidol y a veces el paciente viene que no duerme no molesta no es agresivo pero no duerme así que se le receta benzodiazepinas, pero generalmente el retraso mental viene en combo.</p>
<p>11. ¿Cuáles son los efectos secundarios que los fármacos pueden generar en la deficiencia intelectual?</p>	<p>Los efectos secundarios dependen del medicamento que se les da a los pacientes, como el retraso mental viene en combo depende del medicamento así serán los efectos secundarios.</p>
<p>Categoría: Pronóstico del paciente.</p>	
<p>12. ¿De qué manera determina si el pronóstico de un paciente es favorable o desfavorable en</p>	<p>Depende del tipo de esquizofrenia, la de mejor pronóstico es la paranoide es la que se junto con el tratamiento farmacológico y psicológico el paciente tiene una mejor mejoría, y pues para el</p>

<p>usuarios que padecen deficiencia intelectual o esquizofrenia?</p>	<p>retraso mental el de mejor pronóstico es el leve, a los padres como ya les dije se les dice que lleguen hasta quinto grado y luego lo pongan a aprender un oficio, aun que tambien depende de la comorbilidad del paciente con retraso mental si su comorbilidad con otro trastorno afecta a su vida diaria es más complicado el pronóstico, pero por lo general el retraso mental leve tiene mejor pronóstico.</p>
<p>Categoría: Fármacos recetados.</p>	
<p>13. ¿El hospital cuenta con los fármacos adecuados para tratar a personas con deficiencia intelectual y esquizofrenia?</p>	<p>No, como todo hospital pobre los medicamentos que se dan son convencionales y acarrear un sinnfín de efectos secundarios que son molestos para los pacientes, ademas que los medicamentos en el hospital se acaban rapido y los pacientes no pueden hacer nada, solo esperar a que tengan en farmacia su medicamento, solo algunos que tienen para comprarlos pero la gran mayoría no.</p>
<p>14. ¿Qué tan eficaz considera el tratamiento farmacológico?</p>	<p>Sin la ayuda del psicólogo no sirve ningun problema psiquiatrico si yo no me apoyo en ustedes, no tiene éxito, el psicólogo y el psiquiatra tienen que ir a la par en todo y trabajar en equipo, el farmaco sin psicoterapia no sirve.</p>
<p>15. ¿Cuál método utiliza para disminuir los efectos secundarios generados por los fármacos?</p>	<p>Primero si queda tiempo se le explica al paciente los efectos que pueda presentar otro metodo es bajar la dosis del antipsicotico o fraccionarla es distinto por ejemplo que usted se toma la cuarta parte de una tableta al día que se tome una sola, pero por nuestra cultura el 80% de nuestros pacientes y familiares no pueden leer por eso es que dejamos generalmente asi, dos tabletas al dia una en la noche, pero lo idela seria fracionar en una docis, cambiar el medicamento y ponerle el correctivo, pero si usted da de correctivo otro medicamento esta empezando hacer amigo de la polifarmacia, lo ideal seria que los pacientes psiquiatricos se manejara con dos medicamentos lo mucho.</p>

<p>16.¿Considera que es útil la psicoterapia o basta solo con el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia?</p>	<p>Claro que es importante como ya se los mencione el psicologo y el psiquiatra tienen que ir de la mano los farmacos sin la terapia no sirven.</p>
<p>Categoría: Centro de día</p>	
<p>17. ¿Cuál es el aporte que brinda al centro de día en el tratamiento de los pacientes?</p>	<p>El centro de día se fundo en agosto de 2012 vino una delagación del país Vasco a conocer psiquiatria, nos brindaron su apoyo. El centro de día el apoyo que da más es una apoyo psicológico, es un apoyo desde del punto de vista de la fisioterapia, es un apoyo mas afectivo y tambien cientifico, porque se ve al paciente como un todo el problema en nuestras sociedades latinas es que farmacolisamos al paciente, si usted no se toma la pastilla esta mal.</p>
<p>18. ¿Considera que el centro de día cuenta con las condiciones nesarias para brindar atención a sus pacientes?</p>	<p>El centro de día yo lo veo muy positivo lamento que el hospital no lo apoye, nunca ha venido el director que estuvo antes ni la que esta ahorita a conocerlo, se tiene muy poco apoyo de las autoridades y eso es a nivel país, que un paciente se ingrese menos no lo valoran que un paciente empiece a pintar, no lo valoran, que un paciente trabaje medio tiempo no lo valoran, no lo ven como logro porque solo piden números, un censo y si usted acompaño a un paciente por una hora porque lo acompaño con un duelo en psicoterapia eso no vale, entonces si tuvieramos más centros de días en los hospitales se ingresarian menos pacientes, a mi me encantaria tener cuatro horas de consulta acá y cuatro en el centro de día, pero no se puede, y aveces tambien minimizamos las dinamicas, no es que a veces el paciente venga a hacer manualidades o pintar cositas o hacer ejercicio viene a algo más, pero a veces la gente no ve eso que cuando a usted le dicen que va a pintar e identifica un color</p>

	usted esta estimulando todo un sistema nervioso aferencias eferencias neuronas pero no lo ven asi.
--	--

2 Procesamiento de la información para entrevista psiquiatra. (Elaboración propia.)

Análisis de los resultados de la entrevista aplicada al médico que labora como psiquiatra.

Por medio de la entrevista se identificó que el psiquiatra posee un amplio conocimiento de la esquizofrenia la define como “un desorden degenerativo que es irreversible no se cura pero se puede controlar” y explica que a los pacientes se les dice que es escuchar voces que pueden estar tramando algo contra él, y que necesitan tomar medicamentos, al hablar de los factores ambientales se menciona que se puede dar una triada en la cual se ven envueltos factores psicosociales, ambientales y el huésped, para que se pueda desarrollar la esquizofrenia y se pueda diagnosticar a través de ciertos manuales como lo son el CIE 10 Y EL DSM pudiendo identificar síntomas negativos y positivos, que con llevan con si una serie de reacciones, para los síntomas positivos robo de pensamiento, el control de pensamiento, transmisión del pensamiento, voces que dialogan en tercera persona, y entre los síntomas negativos podes mencionar alogia, adinamia, aplanamiento afectivo, anergia, el psiquiatra hacia la mención que el diagnostico psiquiátrico más diagnósticos es el paranoide, en cuanto a la medicación de este padecimiento psiquiátrico se encuentra una deficiencia en el área de salud pública que afecta directamente a los pacientes que asisten al centro de día, ya que el psiquiatra mencionaba que el medicamento ideal para los pacientes serían los antipsicóticos atípicos pero debido a las condiciones económicas que afectan al hospital los que se usan son antipsicóticos convencionales como lo son la haloperidol y la clorpromacina, los cuales conllevan a un sin número de efectos secundarios o piramidales, los medicamentos que se dan para combatir los efectos secundarios son biperideno, amantadina, levodopa y algunos relajantes.

El psiquiatra explico que la deficiencia intelectual es congénita, que generalmente se diagnostica en los primeros años de vida escolar y son los padres y los maestros quienes van notando dificultades en el área cognitiva y psicomotriz. El psiquiatra generalmente da el diagnóstico a los padres, les aconseja que si es una deficiencia intelectual leve que al

máximo que el niño puede aspirar es hasta quinto grado, por lo que sería conveniente que aprendiera un oficio ya que al mantenerlo escolarizado se expone al bullying. Al igual comenta que el diagnóstico intelectual es el leve 80%, 7% moderado, 4.5% severo y 1.2 profundo. Los fármacos que utiliza el psiquiatra son según la comorbilidad por ejemplo si el paciente tiene deficiencia intelectual y es agresivo damos fármacos anticonvulsivantes, si comorbilidad si es agresivo y tiene epilepsia se le carbamazepina y acidovalproico; para el componente alucinatoria clorpromazina y haloperidol, y cuando el paciente tiene problemas para dormir benzodiazepina, los efectos secundarios dependen de los medicamentos que se les dé a los pacientes.

El psiquiatra comentaba la de mejor pronóstico es la de tipo paranoide es la que junto con el tratamiento farmacológico y psicológico tiene un mejor pronóstico. Al realizar las preguntas referidas a los fármacos el psiquiatra mencionaba que debido a la condición económica del hospital los medicamentos que se recetan son los convencionales, por lo que generan un sin fin de efectos secundarios lo cual como ya se había mencionado es una deficiencias del hospital, que afecta directamente a los pacientes del centro de día y su desempeño en el mismo, también el psiquiatra hacia énfasis en que la ayuda del psicólogo es fundamental para que se mejore la calidad de vida de los pacientes y que sin la terapia psicológica los fármacos no surtirían efecto en la adecuada mejoría del paciente, pero también toman medidas para combatir los efectos secundarios al revisar las dosis y el tipo de medicamento recetado, ya que si es necesario se bajan las dosis o se cambia el medicamento, en última instancia se recetan medicamentos correctivos, debido a que se evita la polifarmacia. Finalmente, el psiquiatra recalca que el psicólogo y el psiquiatra deben ir de la mano para ayudar de la mejor manera al paciente.

El aporte que el centro de día brinda al hospital es muy importante según el psiquiatra ya que es una forma de desfarmacolizar al paciente y ayuda potenciar el área psicosocial es importante recalcar el poco apoyo que recibe por parte de las autoridades del hospital pues mencionaba que la visita de las autoridades al centro de día es nula.

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA ENTREVISTA PSICÓLOGA.

Categoría sobre la Centro de Día	
Preguntas	Respuesta.
1. ¿Cómo se clasifican las actividades terapéuticas que se realizan en el centro de día?	Terapia psicológica, abarca psicoeducación, posteriormente individual, terapia ocupacional, manualidades, talleres pintura, reciclado, reforzamiento en la parte cognitiva, porque se desarrollan las habilidades, se refuerza la administración de los fármacos.
2. ¿Conoce la historia del centro de día? ¿Si es así, podría decirme parte de la historia?	8 años se fundó bajo el gobierno Vasco con una profesional de la fisioterapia y una psicóloga, se comenzó con dos pacientes y se ha incrementado la cantidad de usuarios.
3. ¿Cuáles considera que son las limitantes y logros que tiene el centro de día?	Poco apoyo de los familiares. Recuperación y rehabilitación de algunos pacientes.
Categoría: sobre la esquizofrenia.	
4. ¿Cómo definiría la esquizofrenia?	Es un deterioro de la función cognitiva, afecta memoria cognición y afecta la realidad y las facultades cognitivas
5. ¿Cuáles son los factores ambientales para que se desarrolle la Esquizofrenia?	Si la familia no apoya al paciente desde el momento puede desarrollarse y no toman en cuenta los síntomas y las condiciones de los pacientes.
6.¿Qué criterios toma en cuenta para diagnosticar esquizofrenia?	-evaluaciones correspondientes - la observación y la entrevista

	-la información de los familiares -la evaluación del psiquiatra.
7- ¿Cuáles son los tipos de esquizofrenia que diagnostica con mayor frecuencia en el Centro de Día?	Esquizo efectivo, paranoide y la catatónica.
8.¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia?¿Por qué?	Sí. El medicamento impide el deterioro cognitivo, pero afecta otras partes del cuerpo como efecto secundario.
Categoría: Sobre deficiencia intelectual	
9.¿Cómo definiría la deficiencia intelectual?	Es un retraso en el pensamiento aprendizaje, en todos los procesos psicologicos, le impide a la persona aprender de manera normal.
10.¿Qué factores influyen para diagnosticar una deficiencia intelectual?	Por medio de la observación, de la entrevista del usuario y luego los test psicológicos por el neurologo.
11.¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual?	Sí. Ayuda a disminuir el avance de la deficiencia intelectual.
12.Según la clasificación de deficiencia intelectual(Retraso Mental) del Manual CIE-10, ¿Cuáles son las tipificaciones de deficiencia intelectual mas diagnosticadas en el Hospital San Juan de Dios Santa Ana?.	Leve y moderado.
Categoría: Sobre el proceso psicoterapeutico	
13.¿Una vez dado el diagnóstico de esquizofrenia o de deficiencia	Si se tiene el permiso para realizar un cambio, en el diagnóstico pero yo no lo hago porque me baso en el

intelectual por el psiquiatra puede ser expuesta a modificaciones por parte de la psicóloga o practicantes de psicología?	diagnóstico que da el psiquiatra y solo me enfoco a dar la psicoterapia.
14.¿Utiliza instrumentos psicológico estandarizados para la evaluación psicoterapéutica en los usuarios del centro de día ?	Si en pacientes con diagnóstico de retraso mental pasamos pruebas para medir el CI y poder corroborar el diagnóstico que dio el psiquiatra, y para pacientes con esquizofrenia pruebas para la personalidad, que ayudan a especificar que tipo de esquizofrenia tiene.
15.¿Cuál es el método psicoterapéutico individual que es más eficiente en el centro de día?	Terapia breve sistémica por la precisión de la terapia se trabaja con las emociones y recomendaciones con los pacientes, no se puede trabajar con una terapia.
16.¿Con que frecuencia recibe pacientes en el proceso psicoterapéutico individual ?	Dos veces al mes cada 15 días. Dentro del proceso psicoterapéutico se realizan tareas y se revisa si se realizaron o no.
17.¿Cuál considera que es el tiempo adecuado para una psicoterapia eficaz en personas que padecen deficiencia intelectual o esquizofrenia?	Unos 30 o 35 minutos porque ellos se cansan con la psicoterapia.

3Procesamiento de información para entrevista psicóloga. (Elaboración propia.)

Análisis de los resultados de entrevista semiestructurada aplicada a la psicóloga.

Al entrevistar a la psicóloga comunicó que existen diferentes terapias que se imparten en el centro de día entre las cuales menciona la terapia psicológica, terapia ocupacional, manualidades, talleres de pintura, reciclado reforzamiento en la parte cognitiva, en cuanto a la historia mencionaba que fue fundado hace ocho años con el apoyo del gobierno Vasco, integrado por una fisioterapeuta y una psicóloga, y con el tiempo se ha incrementado el número de pacientes, en cuanto a las limitantes que posee el centro de día mencionaba que la principal es el poco apoyo por parte de los familiares sin embargo, se han logrado ciertos objetivos como la recuperación y rehabilitación de algunos pacientes.

Según la definición de la psicóloga la esquizofrenia es un deterioro de la función cognitiva, afecta memoria, cognición y afecta la realidad y las facultades cognitivas de la persona, explica que los factores ambientales que pueden colaborar al desarrollo de la esquizofrenia son la falta de apoyo del familiar al no identificar los síntomas que puede presentar un paciente, los criterios que toma en cuenta la psicóloga para poder diagnosticar la esquizofrenia son: la observación, la entrevista, la información que los familiares proporcionan y la evaluación del psiquiatra, los diagnósticos más frecuentes en el centro de día son esquizo afectivo, paranoide y la catatónica, afirma que el tratamiento farmacológico impide el deterioro cognitivo, pero afecta otras partes del cuerpo como efecto secundario.

La psicóloga define la deficiencia intelectual como un retraso en el pensamiento, aprendizaje, en todos los procesos psicológicos, el tratamiento farmacológico afirma la psicóloga, que ayuda a disminuir el avance de la deficiencia intelectual, las que se diagnostican en el hospital con mayor frecuencia son el leve y el moderado. Al indagar sobre la psicoterapia y realizar la pregunta si se podría ejecutar una modificación en el diagnóstico del paciente, su respuesta era; si lo tenían permitido pero que no lo realizaba por que se basaba en el diagnóstico que daba el psiquiatra, la psicóloga del centro de día realiza pruebas para evaluar el CI, y corroborar y especificar el diagnóstico de deficiencia intelectual dado por el psiquiatra, de la misma forma sucede con la esquizofrenia, ya que se realizan pruebas de personalidad para poder especificar el diagnóstico dado por el psiquiatra, la terapia que utiliza la psicóloga es la breve sistémica por la precisión de esta terapia, se trabaja con las emociones y al final de la terapia se le da recomendaciones al paciente, el periodo de atención individual es cada 15 días, con una duración aproximada de 30 a 35 minutos para que los pacientes no se cansen, el proceso de atención individual se dejan tareas y se revisan en la próxima sesión si se cumplieron o no.

**PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA ENTREVISTA DE
FISIOTERAPEUTA.**

Categorías: sobre el Centro de Día	
Preguntas	Respuesta.
1. ¿Cómo surgió la iniciativa de un centro de día en el hospital?	Fue idea del gobierno Vasco y el Doctor Trujillo y el director del hospital de ese entonces.
2. ¿Cuál es el programa por el que se rige el centro de día?	Sí. Se programa las actividades por cada 4 semanas actividades individuales, lúdicas arte terapia, ocupacional, tabulador mensual, conciencia emocional.
3. ¿Qué aciertos y limitantes observa en el avance terapéutico de los pacientes del centro de día?	<p>Aciertos, toman de buena manera la psicoterapia individual y grupal.</p> <p>Limitantes, falta de medicamentos y avances falta de apoyo familiar.</p>
4. ¿Qué tipos de terapia se realizan con los pacientes en el centro de día?	Individual, grupal, familiar, terapia lúdica, arte terapia, ocupacional, auto cuidado, grupos de autoayuda y apoyo.
Categoría: De esquizofrenia	
5. ¿Existe un tratamiento fisioterapéutico especializado para pacientes con esquizofrenia? ¿Por qué?	No, solo terapia ocupacional porque no poseen mayores limitantes, no tienen mayor dificultad motriz.

6. ¿Posee beneficios la fisioterapia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia? ¿Por qué?	Sí. Ayuda a desarrollar habilidades motrices, coordinación equilibrio, retentiva, pensamiento, prensión fina y gruesa.
7. ¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia? ¿Por qué?	Sí. Porque la psicoterapia tiene que ir acompañada del tratamiento farmacológico y el apoyo familiar.
8. ¿Considera importante el proceso psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia? ¿Por qué?	Sí. Porque lo hace afrontar la realidad y ubicarse en tiempo y espacio y afrontar las diferentes crisis.
Categoría: Sobre deficiencia intelectual.	
9. ¿Existe un tratamiento fisioterapéutico especializado para pacientes con deficiencia intelectual? ¿Por qué?	Depende del paciente del estado y la condición del paciente se evalúa como esta intelectual y motriz mente.
10. ¿Posee beneficios la fisioterapia en pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual? ¿Por qué?	Sí. Mejorar su estilo de vida, su condición física, sus actividades de la vida diaria, tono muscular, prensión fuerza y los movimientos.
11. ¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual? ¿Por qué?	Sí. Es el primer paso para tener un estilo de vida bueno
12. ¿Considera importante el proceso psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de	Sí. Ayuda a mejorar el estilo de vida del paciente y mejorar su condición física y mental.

deficiencia intelectual? ¿Por qué?	
Categoría sobre el proceso psicoterapéutico	
13. ¿Que conoce acerca del proceso psicoterapéutico implementado por la psicóloga y los practicantes que laboran en el centro de día, Hospital San Juan de Dios?	Algunas: anamnesis, diferentes pruebas y test, la psicóloga se encarga del proceso psicoterapéutico general.
14. ¿Recibe informe acerca del avance psicoterapéutico por parte de la psicóloga y los practicantes que laboran en el centro de día, Hospital San Juan de Dios?	Sí. Todo se realiza en cada atención por parte de la psicóloga y por parte de la fisioterapeuta cada mes.

4 Procesamiento de la información para entrevista de fisioterapeuta. (Elaboración propia)

Análisis de los resultados de la entrevista semi-estructurada aplicada a la fisioterapeuta.

La fisioterapeuta hizo mención que las terapias que se realizan en el centro de día son las siguientes; terapia individual, familiar, terapia lúdica, arte terapia, ocupacional, autocuido, grupos de auto ayuda y grupo de apoyo. Además recalca que no existe en esta área un tratamiento específico para la esquizofrenia, debido a que no existen mayores limitantes en cuanto a motricidad, pero se les brinda terapia ocupacional sin embargo la fisioterapia ayuda a desarrollar habilidades motrices, coordinación, equilibrio, retentiva, pensamiento, prensión fina y gruesa, debido a que es una atención multidisciplinaria la que se les brinda a los pacientes también se indago sobre la percepción que la fisioterapeuta posee acerca del tratamiento farmacológico, del cual opina que es importante ya que ayuda a minimizar los síntomas que tiene el paciente además opino que el tratamiento psicoterapéutico es importante mejorando la ubicación en tiempo y espacio lo que indica

que posee gran comprensión sobre la importancia y complementariedad de la atención multidisciplinaria para mejorar la vida de los pacientes.

Por el contrario de la esquizofrenia la fisioterapeuta menciona que para las personas que padecen deficiencia intelectual el tratamiento farmacológico dependerá de la condición del paciente, evaluando la parte intelectual y motriz del mismo. Afirma que la importancia del tratamiento fisioterapéutico radica en que mejore el estilo de vida y la condición física, las actividades de la vida diaria, tono muscular, presión, fuerza y de los movimientos del cuerpo en general.

En cuanto al proceso psicoterapéutico en concreto explica que conoce solo algunas pruebas y anamnesis ya que es la psicóloga quien lleva el proceso psicoterapéutico en general, sin embargo recibe un reporte mensual por parte de la psicóloga así como también ella le corresponde hacer uno del área de fisioterapia, al observar las respuesta se identificó poco conocimiento del proceso psicoterapéutico sin embargo ella cree que cada disciplina realiza un aporte importante al centro de día y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Análisis de los resultados de la entrevista semi-estructurada aplicada a los practicantes de psicología.

Al indagar por medio de los instrumentos, los practicantes habían sido informado del centro de día mediante una persona externa al hospital, no obstante existe un convenio de la universidad modular abierta (UMA) con el centro de día, tres de los practicantes que asisten al centro de día afirman no haber tenido una dinámica de integración, expresando que solo tuvieron un conversación de las labores que harían, mientras que dos de ellos mencionaron que existió una integración la cual consistió en presentarle a los pacientes del centro de día y les explicaron que darían charlas y terapia individual, los practicantes explicaban que existe un procedimiento que deben realizar cuando llegan al centro de día, sin embargo solo uno de ellos brindo los paso a seguir de cada actividad, cuatro de ellos mencionaron las actividades pero no las explicaron, y solo un practicante afirmó que no existen pasos a seguir afirmando que la observación lo ha guiado para aprender que hacer.

La mayoría de los practicantes afirman que en el centro de día no se les dio una corriente teórica en la cual se pueden basar, para poder dar la psicoterapia, su psicoterapia mencionan los practicantes que es libre, pueden adaptarla a como ellos les parezca más conveniente para el paciente, los practicantes comentan que tienen reuniones cuando existe una situación preocupante o solo cuando se observan retrocesos en los pacientes, solo uno de los practicantes respondió que se reúnen solo cuando planifican eventos o dinámicas, también uno de ellos respondió que cada quince días se reúnen, en la gran mayoría de los casos los practicantes llevan los materiales con los cuales trabajan, dos de los practicantes explicaban que solo si poseen el material se lo dan, uno de los practicantes afirmó que no le brindan ningún tipo de material para poder trabajar en la psicoterapia, la mayoría de los practicantes afirma que la psicoterapia dada es la adecuada, sin embargo afirman que esto dependerá de cada paciente y la responsabilidad que tengan los estudiantes al trabajar con terapias y técnicas adecuadas al diagnóstico del paciente.

Tres de los practicantes afirmaron que no se les brindó ningún formato para poder atender los casos en la psicoterapia, así mismo a dos de los practicantes afirmaron que si se les brindaron una ficha de identificación, anamnesis, historia clínica, escalas entre otros, los practicantes afirman que no pueden realizar ningún cambio el diagnóstico de los casos, ya que ellos solo dan un seguimiento a estos, aun cuando el practicante tenga dudas sobre un mal diagnóstico no se lo permiten, no obstante dos de ellos comentaron que si pueden realizar cambios en los casos pero debe de ser justificado el porqué de la modificación del diagnóstico y comentárselo a la psicóloga, algunos practicantes afirman

que si uno tiene mayor desempeño le asignan más casos, según tres de los practicantes el tiempo que tienen para la intervención depende de ellos, solo dos de los practicantes mencionaron que tienen un límite de tiempo que ronda entre los cuarenta y cincuenta minutos.

Al realizar la pregunta ¿realizan terapia de grupo en el centro de día?, todos afirman que se realizan terapias de grupo, cuatro de ellos afirma que dar terapia de grupo son los temas que imparten a los pacientes, mientras que uno comentaba que los temas no son terapias sino psicoeducación, cuatro de los practicantes afirman que las condiciones en donde se da la psicoterapia no es la adecuada por que el espacio no cumple con los requisitos para una psicoterapia efectiva, solo uno de ellos dice que las condiciones son las adecuadas, la mayoría de los practicantes afirma que el centro de día presenta aciertos, ya que, se da una integración del cuidador en el proceso terapéutico, de la misma manera mencionan ciertas limitantes las cuales son de infraestructura en cuanto al espacio físico, falta de papelería, falta de compromiso por parte de los padres y de los encargados del centro de día.

Análisis de los resultados de la guía de observación aplicada a los pacientes.

Todos los pacientes que asisten al centro de día, tienen días asignados por las encargadas, la mayoría asiste de dos a tres días, y solo en casos especiales asisten toda la semana laboral es decir de lunes a viernes, en algunos casos la asistencia depende del cuidador, ya que, por lejanía o dificultad para la movilidad, el paciente asiste solo en horarios accesibles para el cuidador, esto solo ocurre en algunos casos, se observó que la mayoría de los pacientes no siempre atiende indicaciones, en especial cuando son indicaciones de realizar actividades físicas, solo algunos pacientes poseen iniciativa propia esto se pudo comprobar al momento de realizar diferentes actividades, ya que muy pocos se ofrecían a realizarlas; por ejemplo limpiar la mesa o realizar rifas con los pacientes que se encuentran fuera del centro de día esperando consulta en oftalmología y salud mental, se pudo observar que todos los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual, poseen una limitante ya sea en el área motriz o comunicativa o en ambas.

En tres de los pacientes el contenido de su lenguaje no es acorde a la realidad que están viviendo, su forma de ver la realidad es limitada, debido al diagnóstico de deficiencia intelectual que poseen los limita a procesar la información de su entorno de manera más eficiente, en cambio los demás pacientes solo por ocasiones denotan un lenguaje incoherente según en el contexto que se encuentren, se pudo notar que solo dos de los pacientes no demuestran conductas de agresividad o desafiantes, los demás pacientes han demostrado su desacuerdo de esa manera, la higiene de los pacientes en la mayoría de los casos es aceptable, solo en algunas ocasiones se denota la falta de higiene que poseen algunos de ellos, la mayoría de los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual poseen limitantes en el dominio de la psicomotricidad fina y gruesa por el contrario los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no poseían mayor dificultad.

Casi todos los pacientes se apegan al plan de trabajo que realizan en el centro de día, algunos no desean realizar las actividades o expresan excusas para no hacerlas; por ejemplo para realizar actividades referentes a ejercicios u otras dinámicas, los pacientes depende de las actividades que se realicen, trabajan o no lo hacen de manera motivada, algunos no les gusta la actividad física a otros las charlas les parecen repetitivas, no obstante las encargadas del centro de día procuran integrarlos.

4.2 Interpretación de los resultados.

En relación con el objetivo identificar los resultados obtenidos en la psicoterapia, como estrategia de acompañamiento en el tratamiento de los pacientes con diagnósticos de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia, se pudo constatar que un trastorno psiquiátrico, es un diagnóstico limitante para la persona que la padece; ya que esta persona queda a bajo la responsabilidad de un cuidador, el cual debe estar pendiente del posible avance del diagnóstico y las maneras de contrarrestarlo.

En los resultados de las entrevistas realizadas a los pacientes se denota la falta de conocimiento que poseen acerca del proceso psicoterapéutico, los pacientes con deficiencia intelectual no conocen el término de psicoterapia y consideran que son las charlas que se realizan en el centro de día, cuando se les especifico que la psicoterapia era el trabajo que realizaban con las psicólogas/os del centro de día, manifiestan haber tenido avances en las áreas de la psicomotricidad fina, y las áreas social, afectiva y cognitiva, evidenciando que ha existido un avance positivo al compararse con las respuesta con la de los cuidadores coinciden en gran medida.

Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia poseían un conocimiento limitado de la psicoterapia, teniendo que explicar el término, creían que la psicoterapia eran las charlas impartidas en el centro de día, cuando se les especifico en qué consistía la psicoterapia afirmaban que les ayudado a mejorar en algunas áreas de la vida como lo son: habilidades sociales, cognitiva y ayudando a comunicar sus pensamientos y emociones.

Por otro lado los cuidadores manifestaron que poseen poco conocimiento sobre el objetivo de las actividades que se realizan cotidianamente en el centro de día, especialmente sobre el contenido de la psicoterapia o sobre el método psicoterapéutico implementado en la atención a los pacientes por la profesional o los practicantes; debido a la desinformación existe una confusión respecto a las terapias con las que cuenta el centro de día por lo tanto se advirtió que se ignora a que modelo pertenece cada actividad desarrollada.

Por otro lado, los cuidadores afirman que el diagnóstico psiquiátrico no se puede sobre llevar solo con medicamentos, que es necesario el apoyo psicoterapéutico y la interacción con otras personas que compartan su padecimiento, mencionando logros como, estabilidad

en el cuadro sintomatológico en las personas con diagnóstico de esquizofrenia; mejoras en el área cognitiva, motricidad e higiene personal para ambos diagnósticos evaluados, también mencionan un desarrollo de habilidades sociales como mejorar en el diálogo con los demás y el saludo, el desplazamiento individual también se considera un logro de los pacientes al asistir al centro de día.

Aunque el proceso de ayuda psicoterapéutica avance a paso lento para las personas que padecen algún trastorno psiquiátrico deficiencia intelectual y/o esquizofrenia, los resultados obtenidos son de gran relevancia para mejorar su calidad de vida y la de sus familiares volviéndolos más independientes, aun cuando padecen un trastorno psiquiátrico.

Posteriormente en los resultados de las entrevistas administradas a los practicantes de Licenciatura en Psicología, manifestaron que los resultados del proceso psicoterapéutico dependerán del desempeño efectivo de la psicóloga y los profesionales que realicen el proceso psicoterapéutico, de esta manera se verán avances o retrocesos en los pacientes; por otro lado, cada uno de los tipos de terapia implementada lleva por objetivo la mejora en ciertas áreas de la vida del paciente, para que se desarrolle de mejor manera en su entorno social, cognitivo, emocional, familiar, laboral entre otros.

No obstante, los resultados de las entrevistas administradas a los profesionales se pueden intuir que existen carencias en cuanto a la participación de los cuidadores de los pacientes que asisten al centro de día. En el proceso diagnóstico de los pacientes los profesionales que más se involucran son el psiquiatra y la psicóloga; solo es el psiquiatra quien realiza el diagnóstico en primera instancia y luego remite al centro de día. La psicóloga es quien sigue el proceso con el paciente quien se limita a trabajar exclusivamente con el diagnóstico de remisión, aclarando que la profesional puede modificar dicho diagnóstico, pero prefiere trabajar únicamente con lo establecido por el psiquiatra y solo se encarga de brindar psicoterapia acorde al diagnóstico. Mientras que la fisioterapeuta desconoce detalles del proceso psicoterapéutico dedicándose al trabajo administrativo, por lo que solo le entrega un informe la profesional y que la fisioterapeuta agrega específicamente al expediente del paciente.

La psicóloga explica que trabaja con pruebas estandarizadas para la deficiencia intelectual, pruebas que explora el coeficiente intelectual, para la evaluación de la

esquizofrenia administra pruebas de personalidad. Además, los métodos para diagnosticar son entrevista y la observación. Menciona que trabaja con la terapia breve sistémica e interviene con las emociones para generar recomendaciones. Ya que con los pacientes se utiliza una sola terapia; por lo que se puede constatar que no existe un referente teórico unificado por el que se rige el proceso terapéutico.

En relación con el objetivo categorizar los aciertos y las limitantes que posee el proceso psicoterapéutico al cual se someten los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia; la mitad de los pacientes afirman que es poco lo que les ha ayudado la psicoterapia, es importante aclarar que los pacientes no tienen claro que es psicoterapia, por lo que mencionan las actividades que se realizan en el centro de día, sin conocer el nombre de la psicoterapia recibida. Sin embargo mencionaban habilidades adquiridas en dicho lugar como: amarrar la cinta de los zapatos, pegar papel en globos, pintar, mejorar en las tareas de hacer círculos y rayitas lo que se catalogan como psicomotricidad fina; también mencionaban el desarrollo de habilidades sociales tales como: escucha activa, interacción con los demás, mejora en las relaciones familiares, saludo y la colaboración que realizan en sus hogares colaborando con oficios domésticos. En cuanto al trato que el personal brinda a los pacientes, manifiestan que los profesionales son amables con ellos y los tratan bien, lo que les hace sentirse cómodos con la atención recibida.

Por otro lado, los cuidadores afirman que los aciertos que posee la psicoterapia son los siguientes: estabilidad en el cuadro sintomatológico en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, mejoras en el área cognitiva, motriz e higiene personal para los ambos diagnósticos evaluados, también mencionaron que ayuda al desarrollo de habilidades sociales como mejorar el dialogo con los demás y el saludo, contribuyendo al desplazamiento individual.

Los aciertos que los practicantes identifican son los relacionados con la integración del cuidador a las actividades del centro de día y al proceso psicoterapéutico, sin embargo es importante mencionar que dependerá del estudiante que atienda el paciente y el compromiso del familiar; para que los avances se realicen de manera más eficiente y eficaz, para mejorar la vida de los pacientes.

Los profesionales coinciden que se debe de realizar un trabajo multidisciplinario para brindarles a los pacientes una calidad de vida, opinando que es importante el tratamiento farmacológico; pero que debe ir acompañado del proceso psicoterapéutico si no es así, no existiera avance alguno. También se les brindan terapia individual, herramientas en trabajar con manualidades, charlas en diversas temáticas.

Los profesionales, practicantes y cuidadores concuerdan que las principales limitantes son: espacio físico inadecuado (no hay una oficina para realizar intervención psicoterapéutica individual e infraestructura para realizar actividades), falta de apoyo por las autoridades del hospital San Juan de Dios y falta de herramientas y material necesario para un óptimo desempeño.

A demás se pueden contemplar puntos de vista diferentes en cuanto a las limitantes ya que los cuidadores expresaban que les gustaría que abordaran áreas específicas como el aprendizaje de la lecto-escritura

Los profesionales concuerdan que una de las limitantes del centro de día es la falta de apoyo por parte del hospital y los familiares, ya que se les trata de incluir en el proceso psicoterapéutico y muchos de ellos no asisten, si no que ven el centro de día como un lugar al que van y dejan a los pacientes y que allí les solucionaran el problema. Además la falta de medicamentos ya que al no tenerlos el psiquiatra expresaba que se les recetaba otros medicamentos los que tienen efectos secundarios mucho más fuertes por no ser los fármacos adecuados para el trastorno.

Debido a la condición económica del hospital los fármacos que se recetan son los convencionales los que traen consigo un sin fin de efectos secundarios que cuando empieza su aparición rápidamente se baja a la dosis o se cambia de fármacos, porque en muchas ocasiones no encuentran el fármaco recetado o tienen para comprarlo (lo que una cantidad mínima de los pacientes pueden tener acceso).

Sin embargo dentro de las limitantes que se pudieron recabar por parte de los practicantes al momento de aplicar la entrevista, una de las principales es la falta de espacios adecuados en el centro de día para la realización de la psicoterapia y de otras actividades importantes para el adecuado de desarrollo de habilidades en los pacientes,

también mencionaban la falta de acompañamiento y asesoría en el proceso psicoterapéutico, pues al no ser asesorados con reuniones calendarizadas generadas por los profesionales encargados con el objetivo de abordar específicamente los temas relacionados con la psicoterapia implementada a los pacientes por medio de los practicantes.

En relación con el objetivo caracterizar el aporte que brindan las diferentes áreas de atención en salud mental en el proceso psicoterapéutico brindado a los pacientes del centro de día. El centro de día al ser parte del Hospital San Juan de Dios, esta guiado por el área de salud mental de este mismo, el psiquiatra encargado del área de salud mental también vela por el centro de día, el psiquiatra brinda ayuda al diagnosticar, brindar fármacos regulando las dosis acorde al progreso además es el enlace directo para que un paciente pueda ser parte del centro de día.

El aporte de las distintas disciplinas involucradas en la atención de pacientes con diagnóstico psiquiátrico es de suma importancia ya que se complementan de manera adecuada para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La gran mayoría de los cuidadores afirmaba que la ayuda del psiquiatra es muy importante, ya que sin él los pacientes del centro de día no podrían recibir los fármacos que necesitan para poder sobre llevar la sintomatología del trastorno psiquiátrico. Y lo afirma uno de los cuidadores al comentar que la medicina sin la psicoterapia no ayudaría de manera integral, ya que los pacientes también necesitan de la interacción con otras personas que tengan el mismo padecimiento, es decir cada disciplina brinda su conocimientos y técnicas para crear una alternativa no convencional y con un componente psicosocial de atención al paciente.

El psiquiatra participa en la realización del diagnóstico y refiere pacientes al centro de día, además controla el tipo de medicamento y las dosis necesarias para minimizar los síntomas y efectos secundarios que se puedan presentar, por lo que debe existir un chequeo continuo de los pacientes. Mientras tanto la psicóloga confirma el diagnóstico dado por el psiquiatra, además de emplear métodos y técnicas que ayuden a modificar pensamientos y conductas adaptativas para el individuo y su familia, por tanto, el control debe ser más continuo y por lapsos más cortos de una semana a quince días cada intervención psicológica. Sin embargo la fisioterapeuta es la encargada de mejorar las habilidades

motrices de los pacientes que lo requieran, además de planear rutinas de ejercicio adecuadas para los pacientes, que les ayuden a mantener su cuerpo.

Según las entrevistas administradas a los profesionales expresan que el aporte que se les brindan un seguimiento psiquiátrico y farmacológico, también fisiológico y por consiguiente un tratamiento psicoterapéutico. En el área psiquiátrica reciben atención cada determinado tiempo, en la cual le recetan medicamentos, que ayudan a bajar la sintomatología del trastorno; una vez cumple con el tratamiento psiquiátrico es remitido a la psicóloga quien lleva a cabo el proceso psicoterapéutico en el que los pacientes asiste a terapia individual, arte terapia y charlas que se les brindan diariamente.

Los profesionales expresan que el objetivo del proceso psicoterapéutico es brindar una mejora en su estilo de vida y condición física y mental, lo que busca un mejor ajuste familiar y social en cada uno de los pacientes. Se puede corroborar que si bien es cierto existen vacíos en el proceso psicoterapéutico, pero también se realiza un trabajo multidisciplinario que si se sigue trabajando en conjunto podría disminuir esas carencias para que este procedimiento se fortalezca y sea efectivo tanto para los pacientes, cuidadores, practicantes y personal que labore en el centro de día.

En relación con el último objetivo que es proponer estrategias de intervención encaminadas a enfocar la calidad de vida de los cuidadores, de los pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia.

Los cuidadores de pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia también poseen un nivel de fatiga considerable, ya que emocionalmente es desgastante estar a cargo de una persona con un padecimiento psiquiátrico por lo que es indispensable velar por la salud mental de esta parte de la población.

Parte de las estrategias de afrontamiento son talleres de auto cuidado para cuidadores de personas con diagnóstico de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia, grupos de auto ayuda y potenciar la terapia familiar; para que les permita crecer emocionalmente y estos puedan sobrellevar las situaciones adversas que se les presenten.

Por lo tanto, se puede corroborar que si bien es cierto existen vacíos en el proceso psicoterapéutico, pero también se realiza un trabajo multidisciplinario que si se siguen trabajando en conjunto podría disminuir esas carencias.

4.3 Interpretación comparativa

Los hospitales de día o también conocido como centros de día surgieron como una iniciativa psicosocial a la atención de pacientes psiquiátricos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta parte de la población, ya que la atención en el área de salud mental se ha estigmatizado siendo que a los pacientes psiquiátricos desde tiempos antiguos se les ha deshumanizado colocándoles cadenas o realizando rituales invasivos que los llevaban incluso a perder la vida, con el paso del tiempo han surgido programas internacionales que han velado por la salud mental con el objetivo de mejorar la condición de vida de los pacientes psiquiátricos y volverlos cada vez más autosuficientes.

Olivos Citado por Naranjo define los centros de día (2001): como estructura terapéutica, surgiría dentro de esta evolución y su historia permitiría reconocer ciertas etapas que señalarían a la vez los cambios de la inserción de la psiquiatría en la sociedad y las modificaciones técnicas de los recursos terapéuticos. (p. 4)

Los objetivos específicos que persigue un centro de día según Chile y España son los siguientes:

- Disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica.
- La prevención y reducción de recaídas.
- La prevención del deterioro.
- El mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes.

Para lograr dichos objetivos se necesita un adecuado trabajo multidisciplinario por parte de: dos psiquiatras (uno de ellos con función de jefe de centro de Día), un psicólogo, personal de enfermería, terapeuta ocupacional, trabajador social, auxiliar administrativo y celador disponible (vigilante).

Todos ellos trabajan en conjunto aportando su conocimiento para la creación e implementación de estrategias adecuadas para el diagnóstico de cada paciente, partiendo de este punto de vista las áreas de atención implementadas en un hospital psiquiátrico de día son: actividades grupales (Psicoterapia de grupo, Grupos comunitarios, terapia ocupacional), Atención individualizada (Psicoterapia individual breve reglada, Entrevistas individuales), Atención familiar, (Intervención familiar mediante entrevistas diagnósticas, psicoeducativas o terapéuticas, Grupos multifamiliares psicoeducativos y de resolución de problemas).

Tomando en cuenta lo anterior y gracias a la ayuda económica y capacitación adecuada para los profesionales de la salud mental, impartida por el gobierno Vasco, surgió la implementación de un centro de día en el Hospital San Juan de Dios, Santa Ana específicamente en el área de salud mental:

Visión: Ser un referente de partida ante la sociedad e instituciones para la aceptación e inclusión de los pacientes como una persona integral y no como un enfermo/a mental, desarrollando conciencia respecto a los derechos y deberes de los/as usuarios/as, que surja una inclusión social de las personas con problemas de salud mental y psiquiátricos en la familia a partir de la sensibilización de la necesidad de ser una persona activa en la toma de decisiones y autogestión.

Misión: Lograr que los/as usuarios/as con problemas de salud mental adquieran una reinserción y rehabilitación en el área personal, laboral, familiar, social y su entorno. Busca otorgarle al usuario/a tratamiento con múltiples actividades individuales y grupales, con énfasis en la inclusión y participación social siendo autogestores de sus propias necesidades y mejoramiento en su calidad de vida buscando la mayor autonomía e independencia posible.

Tomando en cuenta la visión y misión del centro de día, agregado a las entrevistas administradas a las distintas personas que forman parte del centro de día, se identificó que cuenta con los siguientes aspectos positivos como: actividades extracurriculares que fortalecen las relaciones interpersonales entre pacientes, charlas que se les imparten ayudando a fortalecer las habilidades cotidianas además de psicoeducar a los pacientes con

distintas temáticas (diagnóstico, higiene personal, educación sexual, comunicación efectiva, entre otros), otro aspecto positivo es el apoyo que brindan las instituciones de educación superior como UMA y UES FMocc las cuales proporcionan recurso humano en el área de psicología esto ayuda a suplir la falta de profesionales que existe en el centro de día.

Otro aspecto es la intervención psicológica individual se da en el tiempo reglamentario cada semana o quince días con un máximo de una hora, además tienen el apoyo de instituciones que brindan talleres dirigidos a los cuidadores, en cuanto a la capacidad de integración y aceptación de los nuevos pacientes al grupo ya existente en el centro de día se observó que involucran de manera positiva al nuevo miembro, así mismo generan un apoyo mutuo para las distintas crisis que enfrentan.

No obstante se pueden denotar algunas carencias de las cuales podemos mencionar: falta de conocimiento de los pacientes y cuidadores entrevistados acerca del diagnóstico, los cuidadores de los pacientes con trastorno de deficiencia intelectual y/o esquizofrenia carecen de los conocimientos de las actividades que se realizan en el centro de día, se denoto que algunos de los cuidadores no se involucran al proceso psicoterapéutico por lo tanto el avance es paulatino en los pacientes, así mismo los cuidadores deben ser parte activa del proceso porque también se trabaja con ellos brindando talleres e implementando terapia familiar, se puede señalar que todas las temáticas son trabajadas a nivel de charlas y no de taller especializados por diagnóstico o actividades prácticas que disminuyan las dificultades que poseen los pacientes para la comprensión de determinadas temáticas.

Al mismo tiempo al entrevistar a practicantes y profesionales se infirió que existen deficiencias tales como: falta de personal especializados en el centro de día tales como (enfermeras, trabajador social, psiquiatra de planta en el centro de día, dos psicólogos), los practicantes explicaban que no existe una inducción adecuada por parte de los profesionales que laboran en el centro de día, a través de las entrevistas se pudo constatar que algunos practicantes afirman que la efectividad de psicoterapia individual depende de la persona que la realice, dejando en evidencia la carencia de orientación y profesionalismo que existe en algunos practicantes.

Además la deficiencia del sistema de salud a través de la escases de medicamento, entorpece la mejora del paciente en la sintomatología del diagnóstico, al administrar la entrevista a la psicóloga se pudo constatar cierta ambivalencia ante las respuesta que daba, denotando falta de conocimiento en algunas temáticas, en cuanto al espacio en el centro de día no es adecuado para trabajar con los pacientes; ya que la oficina en el cual se realizan las intervenciones psicoterapéuticas no cuentan con la privacidad para que el paciente exprese abiertamente su situación. También existe una confusión en cuanto al conocimiento de la terapia a la que pertenece cada actividad que realizan diariamente en el centro de día

Tomando en cuenta todo lo expuesto anteriormente existen muchos vacíos en el centro de día en los diversos profesionales, practicantes, cuidadores y pacientes; sin embargo, es posible fortalecer estas áreas mejorando el funcionamiento del centro de día, así mismo reforzar el trabajo en el proceso psicoterapéutico para mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes que asisten al centro de día cumpliendo los objetivos que rigen la creación de los HDP.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Con la finalización de la presente investigación y en base a los resultados obtenidos de esta se concluye lo siguiente:

Se destaca el hecho del papel fundamental que juegan los practicantes del área de psicología en el centro de día, ya que son ellos directamente quienes llevan a cabo las actividades de atención individual asesorados por la psicóloga, tanto a los pacientes como a los familiares. En una buena parte los profesionales atienden a los pacientes en un inicio para conocer su nivel base de entrada; siendo los practicantes quienes le dan seguimiento a las actividades cotidianas que ahí se desarrollan. En otras palabras el seguimiento terapéutico de los pacientes lo atienden en mayor medida los practicantes con la asesoría de la psicóloga de planta.

En algunos casos no se da el seguimiento adecuado que garantice la atención permanente del paciente y sus familiares, ya que en varias oportunidades el mismo paciente es atendido por distintos profesionales del área de psicología, perdiendo la secuencia de atención que es fundamental para valorar la mejoría o no del paciente. Otro aspecto que se destaca en el seguimiento de casos es el hecho del cambio constante de los practicantes, quienes permanecen en el centro de día solamente por un año, lo cual podría afectar la mejoría de los pacientes.

Un aspecto para destacar es que durante el proceso de investigación se pudo evidenciar que a ninguno de los pacientes se le dio una remisión definitiva (dar de alta), para incorporarse a tiempo completo a su grupo familiar y a la vida laboral; esto se refuerza por el hecho de que a ninguno de los pacientes se le recomienda que lleguen a consulta ambulatoria sistemática.

En relación a la muestra es evidente que se obtienen mejores resultados en los pacientes con trastorno de esquizofrenia, debido a que la combinación de psicoterapia con el tratamiento farmacológico funcionan de manera efectiva en buena parte de ellos, esto puede ser producto a la capacidad cognitiva que poseen los pacientes con trastorno de

esquizofrenia en sus momentos de estabilidad, no así en pacientes con déficit cognitivo debido a su poca comprensión al momento de dar orientaciones, charlas y realizar diferentes actividades en general.

Se destaca el papel fundamental que juega los familiares de los pacientes en la evolución de su padecimiento, en todos los casos el familiar o cuidador contribuye a agravar la problemática o disminuirla esto no se refiere únicamente a la responsabilidad que muestran los cuidadores sino también a las expresiones de afecto que muestran con los pacientes. Siendo clave la comunicación y la interacción paciente-cuidador.

Según los resultados de la investigación se pudo concluir que el proceso psicoterapéutico dado en el centro de día posee carencia en el área de terapia individual, ya que no conservan un referente teórico unificado para cada diagnóstico que sirva como guía para los practicantes de psicología que ingresan anualmente. Fundamentado con la teoría las terapias ideales para trabajar con los diagnósticos de discapacidad intelectual y/o esquizofrenia son: la terapia cognitiva conductual y la terapia conductual.

Es claro que la psicoterapia tiene mejores efectos si se ve acompañada de un tratamiento farmacológico y de un proceso psicoeducativo, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Al no contar con un referente teórico para las diferentes terapias con las que cuenta el centro de día, se genera cierta confusión en la implementación de algunas terapias como lo son las charlas impartidas las cuales se confunden con terapia grupal, dejando un vacío en el aprendizaje significativo del pacientes, distorsionando el objetivo de la terapia grupal el cual consiste en la interacción y expresión de los pacientes, de igual manera existe confusión respecto a la terapia ocupacional, ya que no constituye un momento de relajación o aprendizaje que pueda generar ingresos para ser autosuficientes y mínimamente aportarles un beneficio económico, más bien se limita a la realización de actividades manuales para los diferentes eventos que se realizan en el centro de día.

En relación a la terapia ocupacional se vuelve beneficiosa para el paciente cuando el muestra la capacidad de poder concretizar un producto, contribuyendo esto a ser autónomo

o autosuficiente; sin embargo en algunos casos los pacientes manifiestan como algo improductivo la realización de actividades manuales, manifestando desmotivación y generando tensión y ansiedad

Además, se comprobó que las terapias implementadas en el centro de día ayudan a los pacientes a integrarse mejor a su entorno desarrollar habilidades como: empatía hacia sus compañeros, habilidades sociales, habilidades para desempeñarse en la vida diaria y desarrollo de un aseo personal adecuado; esto se da de manera paulatina sin embargo la evolución depende de la constancia del paciente al asistir al centro de día, del apoyo de los familiares y la eficacia de la terapia implementada por el profesional que lo atiende.

Si bien es cierto los profesionales destacaron la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinario, es evidente que esto se quede en un plano administrativo realizando las funciones de manera individual. Dedicándose a la atención de personas externas al centro de día limitando el tiempo que se les dedica a los pacientes de dicho centro; pudiendo realizar el trabajo multidisciplinario a tiempo completo y de manera más integrada. De acuerdo con lo establecido al marco teórico el personal profesional necesario en un centro de día debe ser: dos psiquiatras y un psicólogo, uno de ellos con función de jefe, personal de enfermería: mínimo de tres personas. Al menos una de ellas enfermera, responsable de la gestión de los recursos, Terapeuta ocupacional, trabajadora social, auxiliar administrativo y vigilante, todos ellos encargados únicamente de la atención del centro de día.

Se evidencia que la infraestructura del centro de día no es adecuada para la atención a los pacientes en las distintas terapias, tomando en cuenta que actualmente ni siquiera existe un lugar para lograr la terapia individualizada en la que se respete la privacidad del paciente, por lo tanto, se ve la necesidad de crear espacios idóneos para implementación de las diferentes terapias que se realizan en el centro de día. Esto permite inferir que las condiciones de infra estructura del centro de día repercuten de manera negativa en el establecimiento de un rapport adecuado afectando directamente los efectos positivos implementados en la psicoterapia.

Recomendaciones.

Para el Hospital San Juan de Dios.

- Que el hospital sugiera la creación de centros de día a nivel de cada departamento, para beneficio de la población que es diagnosticada con un trastorno psiquiátrico, ya que es una población que ha sufrido un desplazamiento por la misma estigmatización de la sociedad.
- Crear espacios en los cuales la institución hospitalaria pueda ampliar los conocimientos adquiridos por los profesionales respecto en el área que laboran en el centro de día.
- Desarrollar la participación de la población mediante programas que promuevan la salud mental, con el fin que la población salvadoreña sea consciente de la existencia de los diagnósticos psiquiátricos y saber a qué instituciones puede acudir el familiar y paciente que necesite de la ayuda.
- Que el personal que labora en el centro de día se dedique a tiempo completo a las labores que realizan, y que sus funciones como profesional solo se efectúen en el centro de día.

Para el Centro de día.

- El centro de día carece de personal, ya que solo cuenta con una psicóloga, psiquiatra y fisioterapeuta. Pero el personal que debe tener son: enfermeras, psiquiatra en el centro de día, dos psicólogos para brindar una atención adecuada y que el centro de Día tenga un buen funcionamiento.
- Que al momento de desarrollar la terapia de grupo se establezcan procedimientos diferentes al tipo de diagnóstico que poseen los pacientes.
- El espacio físico del centro de día debe de ampliarse, creando un lugar donde la intervención psicológica conste con la privacidad necesaria para los pacientes; por lo que es de suma importancia que exista un área para cada actividad a realizar velando por la comodidad de pacientes, cuidadores y personal que labore en el Centro de Día.

- Brindar orientación a los practicantes en cuanto al asesoramiento en los casos que intervengan, para que el proceso psicoterapéutico sea efectivo para los usuarios.
- Realizar talleres con el objetivo de motivar a la población con diagnóstico psiquiátrico a realizar actividades que le ayuden a la integración con ellos mismos y su entorno.

Para los pacientes/usuarios.

- Seguir el tratamiento psicológico de manera continua para observar los avances en las distintas áreas.
- Acatar la fecha y hora indicada a los distintos chequeos médicos para un pronóstico favorable para el paciente.
- Tomar el medicamento y las dosis indicadas por el psiquiatra para minimizar las recaídas y estabilizar la sintomatología del trastorno.

Para los cuidadores.

- Integrarse al proceso psicoterapéutico para que este sea efectivo, a la vez que el beneficio sea más integrador para pacientes y cuidador.
- Asistir a los diversos talleres y actividades para cuidadores, así podrá canalizar el agotamiento de cuidar un paciente con trastorno psiquiátrico.
- Psico educarse de las temáticas acerca del trastorno de su familiar con el fin de estar atentos a la sintomatología para evitar recaídas, para auxiliarse de los profesionales.

Referencias Bibliográficas

Libros

- Alanen O. Yrjö (2003), la esquizofrenia, sus Orígenes Sus Tratamientos Adaptado a las Necesidades del Paciente. Madrid, España: Editorial Janssen-Cilag. S.A.
- Aron T. Beck., Rector A. Neil., StolarNear., y Grant Paul (2010) Esquizofrenia, terapia cognitiva, investigación y terapia, Madrid: editorial Paidós Iberica.
- Carlos de Pablo – Blanco y Josefa Rodríguez Román (2010), Manual práctico de discapacidad intelectual. Valle Hermoso, Madrid: Editorial síntesis, S.A.
- Chris L. Kleinke. (2002). Principios comunes en Psicoterapia. Wadsworth Inc. Belmont Ca. USA: Editorial Desclée De Brouwer.
- Francisco Tortosa, Cristina Civera, (2016) Historia de la psicología, España : editorial MCGRAW-HILL/interamericana de España, s. a. u.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, c., & Baptista lucio, p. (2010). Metodología de la investigación. Mexico D.F.: MCGRAW-HILL/Interamericana editores S.A
- Ignacio Olivar Noguera y Jesús Marta Moreno (2013), El cuidado y la promoción de la autonomía personal en discapacidad intelectual. España: Editorial gobierno de Aragón.
- Minuchin salvador (2,014), familias y terapia familiar, Mexico: Editorial gedisa s.a.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamerican- Organización Mundial de la Salud. (1,999). CIE-10 (Clasificación Estadísticas Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno

Psicótico Incipiente (2009) Madrid, Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.

Ricardo Toro, Luis Yepes, Carlos palacio, (2010) fundamentos de medicina psiquiatría
Medellín, Colombia, corporación para investigaciones biológicas.

Ricardo Toro, Luis Yepes, Carlos Palacio, (2010) FUNDAMENTOS DE MEDICINA
Psiquiatría (5° ed) Medellín, Colombia, Corporación para investigaciones
biológicas.

Yates Aubrey J, (1977), Teoría y práctica de la Terapia Conductual (1ª.ed.) México,
Editorial: Trillas

Páginas web

Asociacion Española de Neuropsiquiatria., Sociedad Española de Psiquiatria.,
INSALUD.,Gestión del hospital de DiaPsiquiatrico, recuperado de
<http://WWW.ingesa.mscbs.gob.es/en/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.html>

Compiladora: dra. Graciela B. Onofrio (2015) manual de psicoterapias- importancia de las
psicoterapias en psiquiatría desde diferentes perspectivas obtenido de:
<http://www.apalweb.org/docs/manualpsicoterapias.pdf>

Díaz Leonila Rosa., Soto Ortega Hector., Guerra Clarisa., Rodriguez Soledad.,Rascon Ma.
LuisaCollazos Valencia Marcel...Sanchez Amelia. (2005). La rehabilitación
integral del paciente esquizofrénico en México: El Modelo Del Instituto Nacional de
Psiquiatría Ramón De La Fuente, grupo III. Vol.28 recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000600009

DiazMartinez L. Rosa., Ester Murow., Ortega. Hector.,Valencia Marcelo., Rascon Lucia y
RamirezIralia.(1996) El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del
instituto mexicano de psiquiatría.V.19 recuperado de:
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/601/601

Down Madrid F. Envejecimiento activo y discapacidad intelectual. Obtenido de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Ministerioeducacion-discapacidad-envejecimientoactivo-01-2015.pdf>

DR. Alverto C. (2011). Crisis Familia y Psicoterapia. Obtenido de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Familia_Crisis_Cuba.pdf

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_salud_mental_y_psiqatria_v1.pdf

http://www.academia.edu/download/20033690/Hospital_de_Dia_en_Psiquitaria.pdf

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30365164/Evaluacion_de_la_efectividad_ad_del_Hospital_Diurno_del_Hospital_Psiquiatrico_de_Santiago.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEvaluacion_de_la_efectividad_del_Hospita.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190702%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190702T171731Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=1f9a3c431f4a1bcdb3a69efa31a266a0e6bf72c9e3b3bbde4d6705d7131d5d6f

Martin, B. La guerra civil en El Salvador obtenido de: <http://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/wp-content/uploads/2015/12/1981-La-guerra-civil-en-El-Salvador.pdf>

Miguel Ángel V. (2002). ANÁLISIS DE LA DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL DE 2002. Obtenido de: http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf

Miguel Ángel V. (2002). APORTACIONES DE LA DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL (AAMR, 2002) A LA CORRIENTE INCLUSIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Obtenido de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6569/verdugo.pdf>

Ministerio de Salud de El Salvador (febrero, 2012), Guía Clínica de Psiquiatría recuperado de;

Naranjo Claudia (2001.) Monografías de psiquiatría y salud mental, Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado en Chile. Obtenido de:

Olivos Patricio., Huneeus Teresa., Águila Vylm.a, Cid Carlos., Larrea Viviana., Véliz, Olga., Cárdenas Ana y Orszag Gabriel, (1982). Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago. Recuperado de:

Organización Mundial de la Salud. (abril de 2017). Un reporte sobre la salud. Obtenido de: <https://www.nia.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Anexos

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA EL USUARIO.

1. ¿Qué tanto conoce de su diagnóstico?

Categoría: Diagnostico del paciente

Códigos de usuarios.	Mucho	Poco	Muy poco	Nada	¿Por qué?	Análisis.
UDRM01				X	El doctor me dijo que no podía escuchar porque era prohibido, solo la mi mamá escucho.	Los 7 usuarios no conocen de manera específica su diagnóstico, además a través de la observación al momento de aplicar la entrevista, el lenguaje corporal de un usuario manifiesta vergüenza al hablar de su diagnóstico, mientras que los demás usuarios denotaban desconocimiento acerca de su diagnóstico.
UDRM02				X	No contesto.	
UDRM03				X	No contesto.	
UDRM04				X	No me han dicho nada.	
UDRM05				X	No contesto.	
UDEM06		X			Estoy en el Centro de Día para ayudar a mejorar.	
UDEM07		X			Porque hay días que me siento bien y otras mal.	

2. ¿Cómo fue su reacción al recibir el diagnostico?

Códigos de usuarios.	Calmando	Preocupado/a	Triste	Miedo	otro	¿Por qué?	Con relación a la pregunta anterior, los usuarios no conocen su diagnóstico, todos los usuarios que poseen deficiencia intelectual no tuvieron reacción alguna a recibir el diagnóstico, en cambio los pacientes
UDRM01					X	No está informado sobre el diagnóstico.	
UDRM02					X	No contesto.	
UDRM03					X	No contesto nada.	

UDRM04					X	No sabe su diagnóstico.	diagnosticados con esquizofrenia explicaron que sus reacciones fueron preocupación y miedo.
UDRM05					X	No contesto.	
UDEM06				X		Porque me sentía mal, me ponía a llorar, gritaba con enojo.	
UDEM07		X				Uno no se espera esto más lo de ir al hospital.	

3. ¿Tuvo algún incidente en la infancia?

Categoría: Desarrollo en la infancia.

Códigos de usuarios.	Accidente traumático	Daño en la cabeza	Problemas emocionales	Maltrato	Ninguno	¿Por qué?	La gran mayoría de usuarios afirmaron que ninguno tuvo caídas golpes o maltrato. Manifiestan tener una infancia en la cual no sufrieron ningún tipo de incidente grave que pudiese provocar una lesión a nivel cerebral o emocional. No obstante, solo uno de los usuarios afirmo a ver tenido un golpe en la parte inferior trasera de la cabeza y un daño a nivel del hombro.
UDRM01					X	Solo caídas frecuentes, tengo un tumor.	
UDRM02					X	Solo jugaba, todo fue normal.	
UDRM03					X	No contesto.	
UDRM04					X	No tuve ningún accidente.	
UDRM05					X	Ninguno.	
UDEM06					X	Cuando estaba pequeña me ponía a reír, me ponía a rezar, me ponía a leer, me llevaba bien con mi familia.	
UDEM07	X	X				Me caí de los diablos de	

						una bicicleta y me golpeé la cabeza, también me caí de un palo y fue cuando me quebré el hombro	
--	--	--	--	--	--	---	--

¿En qué etapa de la vida experimento su primer episodio sintomático?

Categoría: Sintomatología paciente.

Códigos de usuarios.	Adulthood	Adolescence	Infancia.	¿Por qué?	La mayoría de los usuarios diagnosticados con deficiencia intelectual manifestaron que el primer episodio sintomático fue en la infancia, Ya que mencionaba dificultades del aprendizaje por lo que sus padres los retiraban de las instituciones educativas, uno de ellos agregó que, que lo habían trasladado a una escuela especial, los usuarios restantes con diagnóstico de deficiencia intelectual no ubican el periodo en el cual inicio su primer episodio sintomático por lo que
UDRM01			X	Fui a la escuela, especial y ahí me enseñaron lo que se.	
UDRM02				No sé.	
UDRM03			X	No agregó nada.	
UDRM04			X	Me sacaron de la escuela porque veían que me costaba.	
UDRM05				No sé.	
UDEM06	X			Tenía 18 años, sentía, miedo, temor, pero me portaba bien en casa y tenía necesidad que me comprendieran.	
UDEM07			X	Cuando estaba en noveno grado me sentía preocupado por el estudio.	

						contestaron que no sabían, los pacientes diagnosticados con esquizofrenia afirmaron tener su primer episodio sintomático en la adolescencia.
--	--	--	--	--	--	--

4. ¿Cómo experimento su primer episodio sintomático?

Códigos de usuarios.	Muy fuerte	Fuerte	Moderado	Leve	¿Por qué?	
UDRM01				X	Me gustaba ir a la escuela especial porque ahí me enseñaban cosas.	La mayoría de los usuarios con deficiencia intelectual afirmaron que su primer episodio sintomático fue leve, y en algunos casos no deseaban agregar nada. Por otro lado los usuarios diagnosticados con esquizofrenia manifestaron tener síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de cuerpo, dolor de estómago) y emocionales (enojo, agresividad y tristeza).
UDRM02					No contesto.	
UDRM03				X	No agrego nada.	
UDRM04				X	En la escuela me costaba, pero poquito.	
UDRM05				X	No contesto.	
UDEM06				X	Me dolía la cabeza, me dolía el cuerpo, me dolía el estómago, me ponía enojada y agresiva.	
UDEM07				X	Estaba en la escuela y me sentía un poco triste.	

5. ¿Cuánto conoce de la psicoterapia que recibe en el centro de día?

Categoría: Evaluación de proceso psicoterapéutico por parte del paciente.

Códigos de usuarios.	Mucho	En buena forma	Poco	Nada	¿Por qué?	
						La mayoría de los usuarios diagnosticados, afirmaba no

UDRM01				X	Me pone a hacer tareas y solo eso.	conocer nada acerca de la psicoterapia, y que solo les dejaban tareas y conocían el nombre las Licenciadas que los atendían. Solo uno de los pacientes diagnosticado con esquizofrenia asegura que la Licenciada que lo atiende le está ayudando a realizar catarsis ya que han hablado de diferentes temas, también le está ayudando a crear un curriculum para encontrar un trabajo de medio tiempo
UDRM02				X	Solo a Giovanni atiende la Lic. Lorena. (Licda. Lorena no es terapeuta entrevistado, ni del usuario al que él hace mención)	
UDRM03				X	No agrego nada.	
UDRM04			X		Me dejan tareas.	
UDRM05				X	No agrego nada.	
UDEM06				X	Solo sé que me atiende la Lcda. Verónica	
UDEM07			X		Me atiende la Lcda. Verónica, hemos hablado de muchas cosas, quiero un trabajo y ella me ayudara hacer un curriculum para encontrar un trabajo de medio tiempo.	

6. ¿Considera que partir de recibir la psicoterapia en el centro de día, ha mejorado?

Códigos de usuarios.	Mucho	En buena forma	Poco	Nada	¿Por qué?	Los usuarios con deficiencia intelectual no conocían el
UDRM01		X			En la escuela de educación especial me enseñaron a trabajar con papel y la pega y acá con la licenciada me ponen a pegar con papel, y a estar en la charla.	termino psicoterapia, por ende, se les explico en qué consistía, aun así su respuesta abarcaba todas las terapias que se realizan en el

UDRM02		X			Me gusta, hago ejercicio, me siento, escucho la charla, escucho charlas con Giovanni.	centro de día. En cambio, uno de los usuarios diagnosticados con esquizofrenia afirmaba que había aprendido a explicar y a estar tranquila con su familia no obstante un usuario con el mismo diagnóstico menciona que lo mismo daban en las charlas, y que no mejoraba en el área emocional con las Licenciada que le brinda la psicoterapia, solo había mejorado al aprender relacionarse un poco con las demás personas, a saludar y a salir más de la casa.
UDRM03		X			En la rifa y en las charlas.	
UDRM04			X		En las tareas me dejan círculos y demás cosas.	
UDRM05					No contesto.	
UDEM06	X				Aprendí a explicar, también estoy más tranquila con mi familia.	
UDEM07				X	Siento que lo mismo dicen en las charlas y no siento que no me ha ayudado tampoco con la Lic. Siento que he mejorado solo un poco al relacionarme con las demás personas y a saludar y salir más de la casa.	

7. ¿Qué áreas de su vida han mejorado con la psicoterapia?

Códigos de usuarios.	Emocional	Social	Afectivo	Intelectual	Ninguna	¿Por qué?	Los usuarios afirman que las áreas que más han mejorado van desde habilidades motrices como pintar realizar tareas, aprender a entender los temas y realizar
UDRM01		X		X		Aprendí a pintar y a escuchar las charlas.	
UDRM02			X			Me llevo mejor con mamá.	
UDRM03		X				Tengo más amigos.	
UDRM04				X		Mejore en mis tareas.	
UDRM05						No contesto.	
UDEM06	X			X		Aprendí un poco a entender las cosas,	

						entendiendo lo que explican en el tema.	más amigos en el centro de día.
UDEM07				X		Me hace falta leer los libros.	
8. ¿Con que frecuencia asiste a psicoterapia en el centro de día?							
Códigos de usuarios.	Mucho	Muy poco	Poco	¿Por qué?			Las respuestas de los usuarios fueron invariables, unos firmaron llegar
UDRM01		X		Cada dos semanas.			
UDRM02	X			Voy al Centro de Día cada tres días, lunes, martes, jueves, viernes.			
UDRM03			X	Cada quince días.			
UDRM04			X	Cada semana trabajo con la Lcda.			
UDRM05			X	Cuando mi hermano no va a estudiar.			
UDEM06	X			Casi todos los días vengo al Centro de Día, con la Lcda. Verónica cada quince días.			
UDEM07			X	Cada mes.			

9. ¿Considera que ha adquirido habilidades para desenvolverse mejor en la vida cotidiana al asistir al centro de día?							
Categoría: Habilidades desarrolladas al asistir a las terapias del centro de día.							
Códigos de usuarios.	Muchas	Muy pocas	Ninguna	¿Por qué?			Los usuarios afirman que han adquirido habilidades como los son pintar, escuchar los temas que se dan en el centro de día sin
UDRM01		X		He aprendido a realizar varias cosas			
UDRM02		X		Ahora le ayudo a vender frescos a mi mamá.			
UDRM03		X		Pintar, escucho los temas, tengo amigos.			
UDRM04		X		A aprendí a saludar y no interrumpir a la gente cuando habla.			

UDRM05	X			A pegar con los globos.	interrumpir, comunicarse con más frecuencia con las demás personas y habilidades básicas como aprender a amararse los zapatos.
UDEM06	X		Aprendí a amarrarme los zapatos y a ayudar a otra gente.		
UDEM07		X		Antes no hablaba con mi hermano ahora sí.	

10. ¿Cómo considera que le ayudan las terapias que recibe en el centro de día?

Indicadores	Mucho	En gran medida	Poco	Nada	¿Por qué?	Los usuarios indican que las terapias en el centro de día son de gran ayuda, ya que, han aprendido a realizar actividades que antes no podían realizar.
UDRM01		X			Bastante me ha ayudado.	
UDRM02		X			Porque me ponen a pintar los cumpleaños.	
UDRM03		X			Porque me enseñan cosas y me dan temas.	
UDRM04		X			Me han ayudado a aprender a barrer limpiar y ayudarle a mi mamá.	
UDRM05		X			A pegar con los globos.	
UDEM06	X				Porque aprendí a leer.	
UDEM07	X				Me ha ayudado a como limpiar la casa la cocina toda.	

11. ¿Cómo se siente con la atención que recibe en el centro de día?

Categoría: **Atención al paciente**

Indicadores	Muy bien	Bien	Regular	Mal	¿Por qué?	El trato que reciben los pacientes es en gran medida buenos, todos los
UDRM01		X			Me siento bien, solo me falta la computadora.	
UDRM02		X			Los licenciados se portan bien y son amables.	
UDRM03		X			Bien.	

UDRM04	X				Me gusta que las Licenciadas me tratan bien.	entrevistados afirmaron su agrado al estar en el centro de día.
UDRM05		X			Me tratan bien.	
UDEM06		X			Porque me dan las clases, los compañeros no ponen atención, pero los Licenciados me tratan bien.	
UDEM07		X			Son bien amables.	

5 Procesamiento de la información entrevista semi-estructurada para usuarios elaboración propia)

5

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA EL CUIDADOR.

Categoría: Gestación						
1. ¿Cómo fue recibida la noticia del embarazo por parte de la madre del paciente?						
Indicadores	Buena noticia	Inesperado.	Preocupación	No sabe.	Porque	Análisis.
Cuidador 1	X				Fue planeado y me causo felicidad.	La gran mayoría de los cuidadores afirmaron que el embarazo fue un evento inesperado, mientras que los demás sus respuestas variaban entre buena noticia de los cuales solo dos de los entrevistados afirmaron esto. Existen tres casos complejos uno en el cual él bebe fue producto de una violación, otro en el que el niño a la madre se lo regalaron a los treinta días de nacido y por último un caso en el cual la madre del usuario antes del
Cuidador 2		X			Porque es producto de una violación.	
Cuidador 3		X			De repente salí embarazada es mi primer hijo, pero ya estaba casada.	
Cuidador 4				X	A mi hermana le regalaron el niño a los 30 días de nacido, y llego a la casa y me dijo que no sabía qué hacer y yo le dije que acá lo dejara.	
Cuidador 5	X		X		En el momento de la noticia se preocupó, sin embargo, fue una buena noticia.	
Cuidador 6		X			Mi hija está en drogas y tenía una vida bastante perdida entonces nos dimos cuenta de que estaba embarazada y no nos esperábamos eso, estábamos	

					preocupados porque no sabíamos quién era el padre.	embarazo está en drogas y no sabía quién era el padre.
Cuidador 7		X			No había planificado tener más hijos porque ya tenía más hijos	

2. ¿Cómo transcurrió el periodo de gestación del paciente diagnosticado?

Indicador	De alto riesgo	Con complicaciones	Normal	No sabe	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1			X		Todo un periodo de gestación normal nació a los 9 meses, tuvo los controles.	La gran mayoría de los cuidadores afirma que el periodo de gestación fue normal, que no existieron más complicaciones en el embarazo, no obstante, un cuidador explicaba que al momento de labor de parto al niño le faltaba oxígeno y él bebe salió moradito (anoxia), lo que podía explicar el porqué de la deficiencia intelectual que posee el usuario. En otro caso aunque el periodo de gestación fue normal y en el parto
Cuidador 2			X		Es de tiempo y parto natural. En labor de parto le faltaba oxígeno y él bebe salió moradito, y luego los médicos le pusieron oxígeno muy fuerte y le provocó una lesión	
Cuidador 3			X		No tuve controles, lo tuvo en el hospital.	
Cuidador 4				X	No lo sé, porque es adoptado.	
Cuidador 5			X		Normal.	
Cuidador 6			X		Cuando nos dimos cuenta de que	

					estaba embarazada le dijimos que se viniera a la casa y que nosotros la íbamos a cuidar y que ella también se tenía que cuidar por el niño. En la casa lo tenía todo nosotros nos esforzamos para que fuera al médico, que comiera bien; pero por ocasiones ella no llegaba a la casa, era bastante preocupante y tenía que cuidarse por el niño.	no existieron más complicaciones, la madre antes de estar embarazada y posiblemente en el embarazo ingería drogas, lo que podría ser un factor importante para el diagnóstico de esquizofrenia que posee el usuario.
Cuidador 7			X		Lo tuvo en la finca, pero sentía que pasaba mal de los nervios.	

3. ¿Sufrió de alguna complicación la madre del paciente diagnosticado durante el embarazo del mismo?

Indicador	Depresión	Ansiedad	Golpes	Problemas de alcohol o drogas	Ninguno	Otros	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1					X		Todo normal.	La mayoría de los cuidadores afirman que no existió ninguna complicación durante el embarazo. No obstante algunos
Cuidador 2						X	Falta de oxígeno al nacer, me dieron las contracciones y todo, pero los médicos no me	

							<p>atendieron cuando tenía dolor si no que hasta el siguiente día me pusieron en labor de parto y el niño nació moradito por la falta de oxígeno, y luego me le pusieron oxígeno, pero muy fuerte, y le causo una lesión cerebral. Él ni siquiera lloro cuando nació.</p>	<p>comentaron tener casos como falta de oxígeno por parte del niño al nacer, no conocer nada del embarazo de la madre por que el niño es adoptado otra madre comento haber recibido picaduras de abeja cuando estaba embarazada.</p>
Cuidador 3					X	<p>Cuando estaba embarazada, picadura de abejas, fue para el temblor del 2000.</p>		
Cuidador 4					X	<p>No sé, porque a los 30 días me lo dejaron.</p>		
Cuidador 5					X	<p>Posiblemente genéticamente.</p>		

Cuidador 6					X		Fíjese que ahí solo que ella salía de la casa, yo no sé dónde iba. Después o el mismo día venía a la casa, yo no sé qué hacía. Cuando yo le preguntaba ella me decía que iba a pasar un rato.	
Cuidador 7					X		Muy alentado, nació normal	

Categoría: Historial infantil

4. ¿Tuvo algún incidente en la infancia el paciente?

Indicador	Accidente traumático	Daño en la cabeza	Problemas emocionales	Maltrato	Otro	No sabe	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1					X		Solo que nació con la lengua pegada.	Todos los cuidadores afirmaron que los usuarios sufrieron algún tipo de accidente o problema emocional entre los cuales mencionan accidente traumático y daño en la cabeza
Cuidador 2	X	X					Daño en la cabeza por oxígeno, porque después de nacer le pusieron los doctores oxígeno muy	

							fuerte que le dio una lesión en la cabeza.	por falta de oxígeno a la hora de nacer, meningitis aguda, convulsión en la infancia y daño emocional por parte de la separación de los padres del usuario.
Cuidador 3			X				Cuando estaba pequeño el niño, nos separamos con el padre y eso vi que le afecto al niño, luego ocurrió un deslave y nos tocó irnos a un albergue. Estando en el albergue un día el niño jugando se cayó de un tobogán.	
Cuidador 4					X		El doctor me dijo que le dio meningitis aguada a los 18 meses.	
Cuidador 5		X			X		No caminaba, fue sometido a terapia en el crio. 8 años al sufrir el golpe.	
Cuidador 6					X		A la niña la teníamos en la hamaca, allí la tenía la	

							abuela y ahí empezó a convulsionar a los 6 meses; rápidamente la llevamos al hospital y dijeron que todo estaba normal.
Cuidador 7					X		No afecto yo casi no salía, me quedaba en la casa y los cuidaba.

5. ¿En qué etapa de la vida experimento el primer episodio sintomático el paciente?

Indicador	Infancia	Adolescencia	Adulthood	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1	X			Fíjese que yo lo lleve a la escuela, el solo tenía problemas para caminar. Pero lo llevamos a la escuela y después la maestra nos llamó y ella trato de motivarlo y que el niño no avanzaba que mejor no pusiera en la escuela especial.	En el caso de los pacientes con deficiencia intelectual los cuidadores mencionan que el primer episodio sintomático comenzó en la infancia, los padres se dieron cuenta de actitudes anormales en el desarrollo motriz y cognitivo del niño.
Cuidador 2	X			A los 3 meses la discapacidad	En cambio, con los pacientes

				intelectual desde que nació el ni lloro.	diagnosticados con esquizofrenia en la adolescencia o adultez empezaron a manifestarse los síntomas de esquizofrenia.
Cuidador 3	X			Cuando estaba pequeño, note que no podía caminar, y después cuando fue creciendo me di cuenta de que tampoco podía habla y por eso lo lleve al crio.	
Cuidador 4	X			En la escuela me dijeron que tenía retraso cognitivo e hiperactividad la maestra me dijo que mucho se movía y molestaba a los compañeritos.	
Cuidador 5	X			Gestación, también existe una probabilidad por antecedentes genéticos, porque no podía caminar.	
Cuidador 6	X			En el kínder me dijeron que ella no avanzaba y que se quedaba ida como que no hablaba con ella y no aprendía, y ya cuando estaba más grande empezó a hablar solo y demás cosas.	
Cuidador 7			X	Cuando vino de estados unidos, venia ido, enojado, delirios de persecución y	

					le molestaba que la familia se acercara a él.	
Categoría: Sintomatología						
6. ¿De qué manera experimento el primer episodio sintomático el paciente?						
Indicador	Leve	Moderada	Fuerte	Muy fuerte	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1		X			De lo que más me preocupaba era que llego a grande y no se podía desplazar solo, le costaba. Fíjese que le daba miedo hasta cuando se pasaba la calle conmigo.	Las repuestas de los cuidadores varían entre moderado, fuerte y solo una cuidadora afirmo que el primer episodio fue leve. En los pacientes con deficiencia intelectual lo que más resalta es que el primer episodio se manifestó en la
Cuidador 2		X			Le dio fuerte porque el doctor me lo diagnostico con retraso moderado, le cuesta escribir, hablar; lo único que las demás cosas en las hace, él se baña en la casa, a veces lava su baño porque no le gusta.	infancia y describían que era o a cognitivo que incluía dificultad para aprender, comunicarse o entender normas sociales, hasta problemas motoras como son la dificultad para caminar. En los pacientes diagnosticados con esquizofrenia los cuidadores afirmaron

Cuidador 3	X				Sospeché cuando me di cuenta de que no podía caminar y luego que no podía hablar.	que la sintomatología fue fuerte desde escuchar voces hasta tener comportamientos agresivos (autolesión, lanzar trastes) y repetitivos (abrir y cerrar puertas y prender y apagar focos).
Cuidador 4		X			Las maestras me dijeron que tenía un comportamiento hiperactivo. Y en la casa no paraba se movía de un lado a otro y se le decía que se iba a caer y el seguía igual.	
Cuidador 5			X		Desde que el niño estaba pequeño fue totalmente dependiente de mi mama.	
Cuidador 6			X		Yo la lleve a la escuela y las maestras me dijeron que la niña solo se llegaba a sentar que se quedaba ida y le explicaban y no aprendía, y solo que una vez si nos asustó porque decía que la	

					vecina no podía escuchar la música de ella, que era de ella también en el cuarto hablaba sola y hasta al Lic. le dije.	
Cuidador 7			X		Lo mande, porque estaba mal, se golpeaba solo encendía y apagaba focos, tiraba trastes, abría y cerraba puertas.	

Categoría: Percepción de la psicoterapia del centro de día.						
7. ¿Tiene algún conocimiento de la psicoterapia que recibe el paciente?						
Indicador	Mucho	Lo necesario	Poco	Nada	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1			X		Yo sinceramente sé que se trabaja con charlas, trabaja con una licenciada, pero de eso no se mucho. El lleva tareas o pinta cosas.	La totalidad de los cuidadores no tiene un conocimiento de que es la psicoterapia, creen
Cuidador 2		X			Pintar y cocinar. También he visto que les dan charlas.	

Cuidador 3		X			Ocupacional, manualidades y terapia grupal.	<p>que la psicoterapia son las charlas, manualidades o actividades ocupacionales que reciben los usuarios. Al explicarles en que consistía la psicoterapia afirmaron que sabían lo necesario o poco de lo que recibía el usuario, solo tienen conocimiento que trabajaban con la Lic. que asisten al centro de día, no explicaron nada en</p>
Cuidador 4			X		Lo traigo porque las licenciadas le ayudan y me lleva cosas que pintan y le dice que esta con sus compañeros y les dan charlas.	
Cuidador 5					Solo lo traigo y viene a escuchar los temas, pasa con las licenciadas.	
Cuidador 6					Acá le dan charlas las licenciadas, y yo la traigo porque yo quiero que aprenda a escribir, ahorita no sé si le siguen ayudando.	
Cuidador 7		X			El solo viene al centro día y ahí le ayudan.	

específico de la
psicoterapia.

8. ¿Considera que la psicoterapia ha ayudado a sobrellevar el diagnóstico del paciente?

Indicador	Mucho	En buena forma	Poco	Nada	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1		X			Si porque le dan charlas y hacen actividades de paseos para ellos, y también me cuenta el que esta con una Lic. Que le deja tareas.	Los cuidadores afirmaron que el usuario ha mejorado mucho y en buena forma, dicen que la psicoterapia les ha ayudado a avanzar más al usuario, aun algunos de los cuidadores aun confunden el termino psicoterapia con las terapias en general que se dan en el centro de día.
Cuidador 2	X				Porque pasa activo y piensa de otra manera.	
Cuidador 3	X				Lo veo cambiado, se le entiende más lo que dice, es más independiente, se lleva mejor con las personas.	
Cuidador 4		X			Solo sabe que va a terapia individual.	
Cuidador 5	X				Porque ha visto el cambio en el comportamiento ha mejorado en interacción,	

					reconocer, colores, números, mejorar la retención y convivencia familiar.	
Cuidador 6		X			Ha disminuido lo que ella sentía.	
Cuidador 7		X			Ahora ya habla y comenta sobre su vida en estados unidos. Sale solo, mejoro la interacción en público, ya saluda y está buscando trabajo.	
9. ¿Considera que el paciente ha adquirido habilidades para desenvolverse mejor en la vida diaria al asistir a psicoterapia?						
Indicador	Muchas	Muy poco	Nada		¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1	X				Se desplaza solo.	Los cuidadores comentan que los usuarios han adquirido habilidades al asistir a la psicoterapia como aprender a vestirse, socializar más con su entorno, a reconocer colores, números, interactuar y desarrollar la retentiva, a realizar
Cuidador 2	X				Para vestirse y comer, para comportarse en la calle.	
Cuidador 3	X				Hace más caso, ayuda más en casa.	
Cuidador 4	X				Fíjese que si porque, antes lo ponía hacer cosas de la casa y no quería, pero desde que viene al centro de día hasta él me dice que	

				quiere ayudar.	labores de aseo en la casa entre otros.
Cuidador 5	X			Porque reconoce colores y números, interactuar, desarrollar y retentiva.	
Cuidador 6	X			Ha perdido la inquietud de joven, antes era bien maliciosa y se salía de la casa sola, decía que no le gusta estar encerrada pero ahora se ha calmado.	
Cuidador 7	X			Ahora ya habla y me comenta como vivió en estados unidos, ya sale solo, saluda a las otras personas, porque antes ni saludaba solo pasaba de largo, y hasta trabajo quiere encontrar.	

10. ¿Con que frecuencia asiste a psicoterapia el paciente?

Indicador	Mucho	Muy poco	Poco	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1	X			Los días que le toca ir solo son de dos a tres veces por semana.	Los cuidadores afirmaron llevar al paciente de 2 a 5 días a la semana. Solo un cuidador afirmaba que al usuario por ocasiones no le gustaba ir al centro de día ni a la terapia.
Cuidador 2	X			Asiste todos los días.	
Cuidador 3	X			Cada vez que se puede, en ocasiones toda la semana.	
Cuidador 4		X		Falto 2 meses al centro de día.	

Cuidador 5		X		2 días a la semana (jueves y viernes).	
Cuidador 6	X			Nosotros le decimos que venga, pero ella hay días que no quiere venir, dos días a la semana viene.	
Cuidador 7	X			Asiste lunes, miércoles y viernes. Tiene 3 años de estar asistiendo.	

11. ¿Ha disminuido la sintomatología del paciente diagnosticado al estar en psicoterapia?

Indicador	Mucho	En gran medida	Poco	Nada	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1		X			Ha avanzado bastante, solo me preocupa que por ocasiones me dice que quiere ir a la universidad y a seminarios y pues ni los números se puede.	La gran mayoría de los cuidadores expresa que la sintomatología ha mejorado. Expresan con la ayuda de la medicación y la psicoterapia el usuario se mantiene más estable,
Cuidador 2	X				Con medicamento a tiempo y pasa más tranquilo.	otros cuidadores afirman que el aseo personal ha mejorado, la comunicación, que ha disminuido
Cuidador 3	X				Asiste desde hace 3 años, cambia lo esperado desde que asiste.	el temor a interactuar con los demás.

Cuidador 4		X			Sigue igual de hiperactivo no se está quieto.	
Cuidador 5		X			Ha disminuido el temor a interactuar con los demás, hace 3-4 meses ha participado en las cosas de la casa y ha mejorado su aseo personal; además se adaptó a su nuevo hogar que en hoy vive con su hermano.	
Cuidador 6		X			Ahora rosita es más calmada y aun que hay días que no quiere venir.	
Cuidador 7			X		Porque aún falta que desarrolle más habilidades, falta que él pueda ganar su dinero y valerse por sí mismo.	
12. ¿Considera que ha sido de ayuda la psicoterapia para el paciente?						
Indicador	Mucho	En cierta medida	Poco	Nada	¿Por qué?	Análisis

Cuidador 1		X			Si ha aprendido muchas cosas, hay días que me dice que le dejaron tareas y me lleva cosas que pinta o pega y me dice que eso hace en el centro de día.	Los cuidadores expresan que la psicoterapia ha sido de ayuda en los ámbitos cognitivos como por ejemplo en aprender a colorear y realizar diferentes actividades. Los usuarios han mejorado en la independencia de algunos aspectos como el aseo personal, poder desplazarse solos, a disminuir la sintomatología en pacientes con esquizofrenia.
Cuidador 2		X			Porque ha mejorado en su comportamiento.	
Cuidador 3	X				Más independiente, ayuda en casa.	
Cuidador 4	X				Si ha mejorado, ahora es un poco más calmado y me cuenta lo que hace también me ayuda hacer la limpieza.	
Cuidador 5	X				Ha mejorado la psicomotricidad, coloreo.	
Cuidador 6		X			Mejoro bastante, antes como no salía de la casa ella decía que se aburría y	

					hasta decía que la vecina no podía escuchar la música que ella escuchaba y se enojaba por cualquier cosa y hasta se ponía a hablar sola, ahora se calmó y ya no la he escuchado hablar sola y no dice nada si la vecina pone su música.	
Cuidador 7	X				Porque va a misa y ahora viene tranquilo.	

Categoría: Farmacología.

13. ¿Cree que el trastorno se podría sobrellevar solo con fármacos?

Indicador	Si	Probablemente	Lo dudo	No	¿Por qué?.	Análisis
Cuidador 1			X		El paciente le dijo al doctor que si podía ir al centro de día.	La mayoría de los cuidadores afirmaron que el diagnóstico no se podía sobrellevar solo con el
Cuidador 2				X	Necesita psicoterapia, necesita	

					que lo estén motivando.	tratamiento farmacológico, se necesitaba de la interacción de otras personas con diagnósticos similares e integrarlas, y dar las terapias necesarias para que el medicamento ayude mucho más. Solo unas de los cuidadores afirman que recibe el medicamento, pero decide no dárselo por los efectos secundarios que poseen.
Cuidador 3				X	Se necesita conocimiento sobre otras personas que deben pasar por la misma situación y ellos le dicen sobre sus experiencias y uno también comenta sus experiencias.	
Cuidador 4				X	No, se necesita de la medicina.	
Cuidador 5				X	Yo vengo por el medicamento pero no se lo doy porque se duerme y babea cuando está despierto y se ve todo apagado.	
Cuidador 6			X		No, hace poco no había medicina y me tuve que esperar y se nota el cambio sin el medicamento.	
Cuidador 7			X		Las dos cosas le ayudan los fármacos y la psicoterapia por los temas que dan.	

Categoría: actividades que realiza en el centro de día.

14. ¿Conoce usted los programas que se imparten en el centro de día?

Indicador	Algunos	Poco	Muy poco	Ninguno	¿Por qué?.	Análisis
Cuidador 1			X		Algunos las charlas que les dan, los convivios, los talleres de familia solo de esos me acuerdo.	Los cuidadores afirman conocer muy poco de los talleres, aun que mencionan la mayoría de los que tiene el centro de día y a los cuales asisten como es el caso de los talleres de familia a familia impartido por FUSALMO, las charlas que se dan a los pacientes, terapias individuales y los convivios o salidas que realiza el centro de día.
Cuidador 2			X		Familia a Familia, terapia familiar y terapia individual.	
Cuidador 3	X				Terapia ocupacional, grupal, manualidades, terapia individual y terapia familiar.	
Cuidador 4			X		No conoce los programas, solo sabe que ayudan a su familiar.	
Cuidador 5				X	No.	
Cuidador 6			X		Solo los talleres que nos daba el Lic. Marco y los que nos dan los de FUSALMO.	

Cuidador 7		X			Lee, escribe, arma rompecabezas, deberes, temas.	
------------	--	---	--	--	--	--

15. ¿El centro de día consta con las herramientas adecuadas para brindar psicoterapia?

Indicador	Debe mejorar	Regular	Poco	Ninguna	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1			X		Si hubiera alguien que ayudara con dinero, estaría mejor.	Las respuestas de los cuidadores ante esta pregunta variaban. Por una parte, algunos cuidadores afirmaban que el centro de día necesita apoyo financiero, que posee un espacio demasiado pequeño, falta de material entre otros. Y por otro lado están los que afirman que el centro de día tiene todo lo necesario y que el lugar es adecuado.
Cuidador 2		X			Aprender a llevar la situación de mejor manera.	
Cuidador 3		X			El espacio es muy pequeño cuando vienen todos, hace falta material.	
Cuidador 4		X			Si yo creo que aun que le falta mejorar unas cosas.	
Cuidador 5	X				El lugar es adecuado.	
Cuidador 6			X		Si tienen todo lo necesario.	
Cuidador 7	X				Un espacio más amplio.	

16. ¿Conoce las terapias que recibe el paciente? ¿Si es así, cuál de las siguientes terapias lo ha ayudado?

Indicador	Terapia ocupacional	Terapia individual	Terapia de grupo	Arte terapia	Porque	Análisis
-----------	---------------------	--------------------	------------------	--------------	--------	----------

Cuidador 1		X	X	X	Mi hijo me dice que hace y me lleva las cosas que hace acá, también he visto cuando hacen los ejercicios y les dan las charlas.	Los cuidadores conocen lo básico de las terapias que reciben los usuarios, su conocimiento se debe a lo que le comentan los usuarios que realizan en el centro de día, la gran mayoría de los cuidadores no poseen los conocimientos de manera específica de las terapias que se imparten, solo saben que realizan ejercicio, les dan charlas y trabajan de manera individual con las Lic.
Cuidador 2	X	X	X		Lo sabe porque el usuario le ha comunicado.	
Cuidador 3	X			X	El arte terapia porque pinta mejor y tiene más movilidad en las manos.	
Cuidador 4					No las conoce.	
Cuidador 5					No las conoce.	
Cuidador 6		X	X		Yo he visto que le dan charlas y rosita me dice que trabaja con una Lic. Y que le ayuda en varias cosas.	

Cuidador 7	X	X	X	X	Vengo a preguntar y veo que ellos hacen ejercicios.	
17. ¿El paciente le comunica de las actividades que realiza en el centro de día?						
Indicador	Siempre	Casi siempre	Poco	Nada	¿Por qué?	Análisis
Cuidador 1		X			Si cada vez que llega a la casa me dice lo que hizo, solo cuando viene enojado no me dice nada.	Los cuidadores comentan que si les comunican de las actividades que realizan en el centro de día, les llevan las actividades o apuntes que tomaron en el centro de día.
Cuidador 2	X				Cada vez que llega le cuenta, solo cuando va molesto no le comenta.	
Cuidador 3		X			Cuando pasa algo con sus compañeros le comenta las cosas que suceden, los viajes a algunos lugares.	
Cuidador 4	X				Siempre me dice mama ahora hicimos tal cosa y se pone a hablar y contarme.	
Cuidador 5			X		Lleva las manualidades a casa.	

Cuidador 6		X			Por en veces si me dice y hasta me lleva lo que escribió de la charla, pero cuando llega enojada solo se va al cuarto y no me dice nada.	
Cuidador 7			X		Porque por ratos habla y por ratos no.	

6 Procesamiento de la información entrevista semi-estructurada para el cuidador. (Elaboración propia)

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EL PRACTICANTE

1. ¿Cómo se enteró del centro de día?							
Categoría: Integración al centro de día.							
Indicadores	Por medio de un compañero o	Por medio de un licenciado	Por medio de un familiar	Por medio de un amigo	Otros	¿Por qué?	Los practicantes se informaron del centro de día, por agentes externos al centro de día, ellos se enteraron por medio de un compañero o amigo, licenciado y uno de ellos que no dio una respuesta específica por el cual fue informado.
Practicante 1					X	Convenio de la universidad con el centro de día.	
Practicante 2		X				Un Lic. Nos comentó que se podrían realizar las prácticas en el centro de día.	
Practicante 3	X					Cuando ya había iniciado el servicio social en salud mental me informaron de una vacante en el centro de día.	
Practicante 4				X		Un amigo que había realizado sus prácticas en el centro de día me dijo que podía hacerlas prácticas ahí.	

Practicante 5	X					Un compañero me informo	
2. ¿Tuvieron una dinámica para integrarlo al grupo de trabajo en el centro de día?							
Indicadores	Si	No	¿Por qué?			Tres de los practicantes que asisten al centro de día manifiestan no haber tenido una dinámica para integrarlos al grupo de trabajo expresando que solo tuvieron una conversación de lo que se hacía y que existía la vacante del centro; mientras que dos de ellos manifiestan si haber sido integrados y presentado a los usuarios, también explicándoles que se hacía, las terapias individuales y las charlas que se dan.	
Practicante 1	X		La Lic. Encargadas me presentaron a los pacientes y me explicaron que tenía que hacer en el centro de día.				
Practicante 2		X	Solo me dijeron lo que se hacía.				
Practicante 3		X	Porque solo venimos dijimos que queríamos estar aquí y básicamente nos dejaron.				
Practicante 4	X		No solo comencé a trabajar con los pacientes y me explicaron lo de las charlas y terapias individuales.				
Practicante 5		X	Solo una conversación en la que me hicieron saber que había un espacio en el centro de día y me preguntaron porque quería estar en el centro de día.				
3. ¿Tiene un procedimiento que debe cumplir desde que llega al centro de día?							
Indicadores	Si	No	¿Por qué?			Todos expresaron que existe un procedimiento desde el momento que llegan al centro de día, sin embargo solo uno de ellos brindo los pasos a seguir de cada actividad; por otro lado cuatro de ellos contestaron sí, pero no dieron una rutina de lo que se realiza día a día.	
Practicante 1	X		Si en el periodo de inducción, que duró una semana nos explicaron que tenía que hacer la rifa en la mañana y luego dar el tema.				
Practicante 2	X		Se comienza con pasar la asistencia a los pacientes.				
Practicante 3	X		1 Se realiza una rifa 2 ejercicios de estiramiento 3				

			desarrollos de temática como parte de terapia grupal, atención psicológica individual para los pacientes.	También uno de los practicantes recalco que las actividades que realizan cada día no están plasmadas, si no que las aprendió por observación.
Practicante 4	X		Hacer la rifa y los ejercicios y por último el tema.	
Practicante 5	X		Si hay un procedimiento pero no está marcado he aprendido por la observación.	

4. ¿Se les brindo una corriente teórica en las cuales estaba fundamentado el proceso psicoterapéutico en el centro de día?

Categoría: percepción de la psicoterapia del centro de día.

Indicadores	Si	Algunas	Regular	Ninguna	¿Por qué?	La mayoría de los practicantes según sus respuestas expresan no haberles brindado una corriente teórica para fundamentar el proceso terapéutico, manifiestan trabajar de una forma libre en lo cual ellos se informan y adecuan de acuerdo al diagnóstico del usuario.
Practicante 1	X				Cognitivo conductual.	
Practicante 2				X	Te dan vía libre en trabajar en la corriente que más te parezca.	
Practicante 3				X	Nosotros los estudiantes nos informamos y adecuamos de acuerdo al diagnóstico pero aquí nunca se nos ha brindado información.	
Practicante 4	X				La terapia breve sistémica.	
Practicante 5				X	Prueba y error y así se creaba una terapia adecuada.	

5. ¿Tienen reuniones con los profesionales para discutir los avances en los expedientes asignados?

Indicadores	Siempre	Casi siempre	Ninguna	¿Por qué?	Expresan tener reuniones casi siempre cuando hay alguna
	e		a		

Practicante 1		X		1 vez al mes.	situación preocupante o ver retrocesos en los usuarios, uno de ellos respondió que se hacen reuniones para planificar eventos o dinámicas, pero no avances. Sin embargo uno de ellos respondió que cada quince días o cada mes realizan reuniones.
Practicante 2		X		Cuando hay algo muy preocupante se puede agenda sino cada mes.	
Practicante 3			X	Se hacen reuniones para planificar eventos o dinámicas pero avances no.	
Practicante 4	X			Cada quince días o cada mes.	
Practicante 5		X		Pero son para ver los retrocesos de los pacientes.	
6. ¿Le brindan los recursos necesarios para la intervención psicológica para los pacientes?					
Indicadores	Si	Algunas veces	No	¿Por qué?	En la mayoría de las ocasiones son ellos quienes llevan el material con el que trabajan y dos de ellos expresaron que si lo piden y lo tienen se los brindan; sino no. Mientras que uno de ellos claramente dijo que no le brindaban material para trabajar.
Practicante 1	X			Dan todo el material que se necesita.	
Practicante 2		X		La mayoría de veces lo traigo yo, pero si tienen test y escalas.	
Practicante 3		X		Porque se nos brindan escalas pero por lo general somos nosotros quienes traeremos el material.	
Practicante 4	X			Cuando quiero un material solo lo pido y si lo tienen me lo dan.	
Practicante 5			X	Uno los tiene que buscar.	
7. ¿En su opinión considera que la psicoterapia que se utiliza en el centro de día es la adecuada?					
Indicadores	Si	Algunas	No	¿Por qué?	La mayoría opinan que si es la

		veces			adecuada, sin embargo manifiestan que esto dependerá de cada usuario y la responsabilidad que tengan los estudiantes al trabajar con terapias y técnicas adecuadas al diagnóstico del usuario.
Practicante 1	X			Si porque los hace parte activa del tratamiento.	
Practicante 2	X			Depende de cada caso.	
Practicante 3		X		Dependiendo del estudiante que tenga el paciente y que trabaje con responsabilidad de lo contrario utilizan técnicas no adecuadas.	
Practicante 4	X			Le ayudan y también las otras terapias.	
Practicante 5		X		Depende del usuario.	

8. ¿En primera instancia le brindan un formato específico para la realización de casos?

Categoría: Casos de los pacientes.

Indicadores	Si	No	¿Explique?	
Practicante 1	X		Te dan un formato, por ejemplo ficha de identificación anamnesis, historia clínica.	Tres de los practicantes manifestaron que no se les brindo ningún formato para la realización de casos, así mismo a dos si les brindaron ficha de identificación, anamnesis, historia clínica, escalas y test.
Practicante 2		X	Yo traje mi plan de trabajo.	
Practicante 3		X	Únicamente se nos dieron los casos pero no se nos dio una forma de trabajo.	
Practicante 4	X		Nos dieron anamnesis, escalas, test y el caso clínico del paciente.	
Practicante 5		X	Se trabaja mediante prueba y error.	

9. ¿Puede realizar modificaciones en los casos que se le asignaron?

Indicadores	Si	Algunas	No	¿Explique?	
					La mayoría expresa no poder realizar

		veces			modificaciones a los casos. Porque solo les dan un seguimiento y aunque pueda estar equivocado no se los permiten, mientras que dos de ellos comentaron que si pueden realizarlo pero deben justificar bien el porqué de las modificaciones y hablarlo con la licenciada.
Practicante 1			X	Solo se atiende el caso el diagnostico lo da el psiquiatra acá solo es seguimiento.	
Practicante 2	X			Tienes que argumentar el porqué.	
Practicante 3			X	Aunque el diagnóstico es equivocado no se permite cambiarlo porque, ya está registrado aunque esté equivocado.	
Practicante 4	X			Sí, pero se tiene que hablar con la Lic. Primero.	
Practicante 5			X	No porque he realizado unos y los borran.	
10. ¿Tiene alguna orientación por los profesionales en los casos que se le asignaron?					
Indicadores	Si	Algunas veces	Ninguna	¿Por qué?	La mayoría tienen orientación por los profesionales solo si les piden la asesoría, aunque en algunos casos la duda no es aclarada. Por otra parte existe una de las practicantes que si tiene una tutora, pero es por parte de la universidad en la que estudia.
Practicante 1	X			Me auxilio de la psicóloga y por parte de UMA tenemos una tutora.	
Practicante 2	X			Solo si yo le pregunto a la Lic. O le pido asesoría en un caso.	
Practicante 3			X	Aquí lo hacemos por si solos nosotros	

				nos rebuscarnos lo que es bueno para el paciente.	
Practicante 4	X			Solo si le pregunto acerca de una caso.	
Practicante 5		X		Pero la duda casi siempre no es aclarada.	

11. ¿Existe equidad en la asignación de casos?

Indicadores	Si	Algunas veces	No	¿Por qué?	Consideran cuatro de ellos que no saben porque les asigna los casos y no saben qué casos tienen sus compañeros, mientras que uno de ellos considera que en algunos casos hay estudiantes con mejor desempeño que les han asignado más casos.
Practicante 1	X			No sabemos cómo son los casos de los demás así que supongo que sí.	
Practicante 2		X		Es que los compañeros no te dicen que tiene cada paciente.	
Practicante 3			X	Se ha visto en algunos estudiantes mejor desempeño y son a quienes les asignaron más casos aunque no lo reconozcan.	
Practicante 4	X			Solo nos dan nuestros casos y de los demás no sabemos nada.	
Practicante 5		X		No considero casos injustos.	

12. ¿Le estipularon un tiempo determinado para la intervención de casos?

Indicadores	Regular	Algunas veces	No	¿Explicación?	Tres de los practicantes han respondido que son libres con el tiempo de atención y con lo que
Practicante 1			X	El tiempo que nos tardemos.	

Practicante 2	X			De media hora a unos cincuenta minutos.	requiera el usuario, mientras que dos comunicaron que regularmente si estipularon un tiempo determinado en lo que concuerdan que ha sido de 40-50 minutos.
Practicante 3			X	Somos libres uno decide el tiempo de atención y depende si está estable o no pero se cumple el requerimiento del MINSAL 60-50 minutos.	
Practicante 4	X			De 40-50 minutos	
Practicante 5			X	Conforme al trabajo me di cuenta que es relativo.	

13. ¿Realizan terapia de grupo en el centro de día?

Categoría: Centro de día.

Indicadores	Si	Algunas veces	No	¿Por qué?	Tos concuerdan que si realizan terapia de grupo, mientras que en sus explicaciones infieren lo que se realizan como terapia de grupo es dar temas cada día, que orientan a la mejora de los usuarios. Mientras que uno de ellos también opina que dar temas solo es psico educación y no una terapia
Practicante 1	X			Si los temas que se realizan son de beneficio.	
Practicante 2	X			Si se realiza con todas las personas que asisten se realizan diferentes actividades.	
Practicante 3	X			Todos los días porque se les dan temas orientados a la mejora de ellos.	
Practicante 4	X			Si todos los días se dan charlas a los pacientes.	
Practicante 5	X			Consideran que dar temas es terapia grupal,	

				pero en realidad es psico educación.	de grupo.
14. ¿Considera que las condiciones donde se brindan las terapias son las más adecuadas?					
Indicadores	Si	Algunas veces	No	¿Por qué?	Cuatro de los practicantes consideran que las condiciones donde brindan las terapias no son las adecuadas porque el espacio no cumple con los requerimientos para dar terapia, consideran también que deberían existir juegos para terapia grupal e individual, de igual forma uno de ellos encuentra que las condiciones son las adecuadas.
Practicante 1	X			A mi parecer si aunque, aunque cuando hay otras personas en el centro de día cuesta dar la terapia	
Practicante 2		X		La terapia individual se realiza en un lugar que no es adecuado.	
Practicante 3			X	Considera que necesitaría más espacio esta área, como; juegos para terapia grupal terapia individual, ya que la oficina no cumple con los requerimientos para brindar una terapia adecuada.	
Practicante 4	X			Considera que todo está bien.	
Practicante 5			X	Debido a que cuando se da una terapia se invade el espacio.	
15. ¿Presenta aciertos el centro de día? ¿Si es así cuales considera que son?					
Indicadores	Si	Algunas veces	No	¿Por qué?	La mayoría de los practicantes consideran que el centro de día si tiene aciertos porque se da una integración del cuidador en
Practicante 1	X			Hay una integración del cuidador por parte del proceso terapéutico y actividades recreativas.	
Practicante	X			Les ayuda áreas de la vida a los usuarios y cuidadores.	

2					el proceso terapéutico y actividades. Así mismo que dependerá de que estudiante atienda al usuario y el compromiso del familiar.
Practicante 3		X		Depende de quien tenga el paciente (estudiante) y del compromiso del familiar.	
Practicante 4	X			Si se ayudan a los pacientes.	
Practicante 5	X			Solo que se hacen celebraciones a los usuarios, se hacen avances en el diagnóstico.	
16. ¿Presenta limitantes el centro de día? ¿Si es así cuales considera que son?					
Indicadores	Si	Algunas veces	No	¿Por qué?	Todos consideran que existen limitantes en el centro de día: en infraestructura en cuanto al espacio físico, papelería, falta de compromiso por parte de los padres y de los encargados del centro de día; demás que solo se atienden a personas con diagnostico psiquiátrico.
Practicante 1	X			Recursos, limitan la papelería y las impresiones.	
Practicante 2	X			Se atienden a personas solo con diagnostico psiquiátrico.	
Practicante 3	X			Espacio físico, falta de compromiso, padres y encargados del centro de día, desvió del objetivo, del CO	
Practicante 4	X			No hay cañón, TV un DVD papelería, asientos baño papel sillas.	
Practicante 5	X			Recursos materiales, test, espacio, imposición de reglas y límites.	

7 Procesamiento de la información entrevista semi-estructurada para el practicante (Elaboración propia.)

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN DE GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PACIENTE.

Categoría: Conductas generales.				
1. Con que frecuencia acude al centro de día.				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		Al observar a los usuarios se pudo constatar que la asistencia de los usuarios depende del día establecido por la licenciada fisioterapeuta encargada, la gran mayoría de usuarios asiste de dos a tres veces a la semana, no obstante, algunos asisten toda la semana de lunes a viernes, en la mayoría de los casos la asistencia de los usuarios depende del cuidador, así que, si el cuidador no tiene el tiempo para llevar al usuario, este no asiste al centro de día.
UDRM02	X			
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05		X		
UDE06		X		
UDE07		X		
2. Obedece indicaciones				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		De las conductas observadas, solo dos usuarios atienden las indicaciones dadas por las licenciadas encargadas del centro de día y por los practicantes, los demás usuarios a veces atienden indicaciones.
UDRM02	X			
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05		X		
UDE06	X			
UDE07		X		

3. Tiene iniciativa propia.

Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		De las conductas observadas tres de los usuarios a veces tienen iniciativa propia, opinan y se ofrecen a ayudar en las actividades, en cambio los demás usuarios no poseen esa iniciativa, y se limitan a realizar las actividades que les indican los licenciados encargados y los practicantes.
UDRM02			X	
UDRM03		X		
UDRM04			X	
UDRM05			X	
UDE06		X		
UDE07			X	

4. Manifiesta problemas físicos para movilizarse o comunicarse con lo demás.

Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01	X			En las conductas observadas todos los usuarios diagnosticados con deficiencia intelectual, presentan una limitante, ya sea física o verbal, esto se debe a al problema psiquiátrico que padecen, en cambio los pacientes diagnosticados con esquizofrenia solo en ocasiones poseen problemas referidos principalmente al lenguaje uno de ellos porque es comórbido con deficiencia intelectual y otro usuario por que limita a no conversar con las demás personas.
UDRM02	X			
UDRM03	X			
UDRM04	X			
UDRM05	X			
UDE06		X		
UDE07		X		

Categoría: de conductas de actividades.

5. El contenido de su lenguaje es acorde a la realidad que está viviendo.

Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01			X	En tres pacientes el lenguaje no es acorde a la realidad en la cual vive su forma de ver la realidad que les rodea es limitada principalmente porque el diagnóstico de deficiencia intelectual que tiene que ver mucho con esto, en cambio los demás pacientes solo por ocasiones denotan un lenguaje incoherente según en el contexto en el que se encuentran.
UDRM02			X	
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05			X	
UDE06		X		
UDE07		X		
6. Se comporta de manera agresiva.				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		Solo dos de los usuarios no demuestran rasgos de agresividad en el centro de día, ya que acatan indicaciones sin retar a ninguna persona, en cambio los demás usuarios en algunas ocasiones se muestran desafiantes frente a las licenciadas encargadas y los practicantes.
UDRM02			X	
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05		X		
UDE06			X	
UDE07		X		
7. Cuida de su higiene personal.				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		La mayoría de los usuarios posee un cuidado personal aceptable

UDRM02		X		solo en ocasiones se nota falta de higiene por parte de alguno de ellos, solo un usuario de muestra siempre llegar con una higiene adecuada al centro de día.
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05		X		
UDE06		X		
UDE07	X			
8. Dominio de psicomotricidad fina y gruesa.				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		Al observar las conductas solo los que están diagnosticados con deficiencia intelectual poseen una clara dificultad en el área motriz fina y gruesa, los usuarios diagnosticados con esquizofrenia no poseían mayor dificultad motriz.
UDRM02		X		
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05			X	
UDE06	X			
UDE07	X			
Categoría: de conducta sobre la institución.				
9. Se apega al plan de trabajo elaborado por los profesionales del centro de día.				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		Todos los usuarios se apegan por ocasiones al plan de trabajo que se realiza en el centro de día, alguno no desea hacer algunas
UDRM02		X		

UDRM03		X		actividades como los ejercicios u otras dinámicas.
UDRM04		X		
UDRM05		X		
UDE06		X		
UDE07		X		

10. Participa en las actividades del centro de día.				
Conductas.	Siempre.	A veces.	Nunca.	Análisis.
UDRM01		X		Se observó que depende de las actividades, así trabajan los usuarios, ya que a algunos se les dificulta en el área motriz o cognitiva en participar en algunas actividades, no obstante, las licenciadas encargadas del centro de día se encargan de integrarlos.
UDRM02		X		
UDRM03		X		
UDRM04		X		
UDRM05		X		
UDE06		X		
UDE07		X		

8 Procesamiento de la información de guía de observación al usuario



FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.
Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA CUIDADORES.

OBJETIVO: Indagar por medio de los cuidadores el impacto que genera la psicoterapia en su familiar diagnosticado con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia al asistir al Centro de Día salud mental.

NOMBRE DEL CUIDADOR:

_____.SEXO: _____. PARENTESCO: _____.

FECHA: _____.

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:

_____.

ADMINISTRADOR:

_____.

INDICACION: Se le realizara una serie de preguntas a las que se le solicita responder de manera clara y breve posible.

1.¿Cómo fue recibida la noticia del embarazo por parte de la madre del paciente?

Buena noticia	Inesperada	Preocupación

Explique:_____

1. ¿Cómo trascurió el periodo de gestación del paciente diagnosticado?

De alto riesgo	Con complicaciones	Normal

Explique: _____

2. ¿Sufrió de alguna complicación la madre del paciente diagnosticado durante el embarazo del mismo?

Depresión	Ansiedad	Golpes	Problemas de alcohol o drogas	Ninguno	Otro

Explique: _____

3. ¿Tuvo algún incidente en la infancia el paciente?

Accidente traumático	Daño en la cabeza	Problemas emocionales	Maltrato	Otro

Explique: _____

4. ¿En qué etapa de la vida experimento el primer episodio sintomático el paciente?

Infancia	Adolescencia	Adulthood

Explique: _____

5. ¿De qué manera experimento el primer episodio sintomático el paciente?

Leve	Moderado	Fuerte	Muy fuerte

Explique: _____

6. ¿Tiene algún conocimiento de la psicoterapia que recibe el paciente?

Mucho	Lo necesario	Poco	Nada

Explique: _____

7. ¿Considera que la psicoterapia ha ayudado a sobrellevar el diagnóstico del paciente?

Mucho	En buena forma	Poco	Nada

Explique: _____

8. ¿Considera que el paciente ha adquirido habilidades para desenvolverse mejor en la vida diaria al asistir a psicoterapia?

Muchas	Muy poco	Nada

Explique: _____

9. ¿Con que frecuencia asiste a psicoterapia el paciente?

Muchas	Muy poco	Nada

Explique: _____

10.¿Ha disminuido la sintomatología del paciente diagnosticado al estar en psicoterapia?

Mucho	En gran medida	Poco	Nada

Explique:_____

11.¿Considera que ha sido de ayuda la psicoterapia para el paciente?

Mucho	En gran medida	Poco	Nada

Explique:_____

12¿Cree que el trastorno se podría sobrellevar solo con fármacos?

Si	Probablemente	Lo dudo	No

Explique:_____

13¿Conoce usted los programas que se imparten en el centro de día?

Algunos	Poco	Muy poco	Ninguno

Explique:_____

14.¿El centro de día consta con las herramientas adecuadas para brindar psicoterapia?

Si	Debe mejorar	Muy pocas	Ninguna

Explique:_____

15.¿Conoce las terapias que recibe el paciente? ¿Si es así, cuál de las siguientes terapias lo ha ayudado?

Terapia ocupacional	Terapia individual	Terapia de grupo	Arte terapia

Explique:_____

16.¿El paciente le comunica de las actividades que realiza en el centro de día?

Siempre	Casi siempre	Poco	Nada

Explique:_____



UNIVERSIDAD DEL EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.
Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE.

OBJETIVO: Indagar por medio de los pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia el impacto que genera la psicoterapia que reciben en el centro de día.

CLAVE DEL PACIENTE:

FECHA: _____ DIAGNOSTICO DEL
PACIENTE _____

ADMINISTRADOR:

_____.

INDICACION: Se le realizara una serie de preguntas a las que se le solicita responder de la manera más clara y breve posible.

1.¿Qué tanto conoce de su diagnóstico?

Mucho	Poco	Muy poco	Nada

Explique: _____

2.¿Cómo fue su reacción al recibir el diagnóstico?

Calmado	Preocupado/a	Triste	Miedo

Explique: _____

3.¿Tuvo algún incidente en la infancia?

Accidente traumático	Daño en la cabeza	Problemas emocionales	Maltrato	Ninguno

--	--	--	--	--

Explique: _____

4.¿En qué etapa de la vida experimento su primer episodio sintomático?

Aduldez	Adolescencia	Infancia

Explique: _____

5.¿Cómo experimento su primer episodio sintomático?

Muy fuerte	Fuerte	Moderado	Leve

Explique: _____

6.¿Cuánto conoce de la psicoterapia que recibe en el centro de día?

Mucho	En buena forma	poco	Nada

Explique: _____

7.¿Considera que partir de recibir la psicoterapia en el centro de día, ha mejorado?

Mucho	En buena forma	poco	Nada

Explique: _____

8.¿Qué áreas de su vida han mejorado con la psicoterapia?

Emocional	Social	Afectivo	Intelectual	Ninguna

Explique: _____

9.¿Con que frecuencia asiste a psicoterapia en el centro de día?

Mucho	Muy poco	Poco

Explique: _____

10.¿Considera que ha adquirido habilidades para desenvolverse mejor en la vida cotidiana al asistir al centro de día?

Muchas	Muy pocas	Ninguna

Explique: _____

11.¿Cómo considera que le ayudan las terapias que recibe en el centro de día?

Mucho	En gran medida	Poco	Nada

Explique: _____

12.¿Cómo se siente con la atención que recibe en el centro de día?

Muy bien	Bien	Regular	Mal

Explique: _____



UNIVERSIDAD DEL EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
PARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.
Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PSIQUIATRA.

OBJETIVO: Obtener información del personal que labora con pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico y deficiencia intelectual en el Centro de Día.

INDICACION: Se le realizara una serie de preguntas a las que se le solicita responder de la manera más clara y breve posible.

1. ¿Cuáles son los factores ambientales para que se desarrolle la esquizofrenia?

2. ¿Qué criterios toma en cuenta para diagnosticar la esquizofrenia?

3. ¿Cuál es el tipo de esquizofrenia que diagnostica con más frecuencia en el hospital?

4. ¿Qué tipo de fármaco utiliza con más frecuencia en pacientes con esquizofrenia?

5. ¿Cuáles son los efectos secundarios que los fármacos pueden generar en la esquizofrenia?

6. ¿Qué factores influyen para diagnosticar deficiencia intelectual?

7. ¿Cuáles son los tipos de deficiencia intelectual que diagnostica con más frecuencia en el hospital?

8. ¿Qué tipo de fármaco utiliza con más frecuencia en pacientes con deficiencia intelectual?

9. ¿Cuáles son los efectos secundarios que los fármacos pueden generar en la deficiencia intelectual?

10. ¿De qué manera determina si el pronóstico de un paciente es favorable o desfavorable en usuarios que padecen deficiencia intelectual y esquizofrenia?

11. ¿El hospital cuenta con los fármacos adecuados para tratar a personas con deficiencia intelectual y esquizofrenia?

12. ¿Qué tan eficaz considera el tratamiento farmacológico?

13. ¿Cuál método utiliza para disminuir los efectos secundarios generados por los fármacos?

14. ¿Considera que es útil la psicoterapia o basta solo con el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual y/o esquizofrenia?

15. ¿Cuál es el aporte que brinda al centro de día en el tratamiento de los usuarios?

16. ¿Considera el centro de día cuenta con las condiciones necesarias para brindar atención a sus pacientes?



UNIVERSIDAD DEL EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.

Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LA PSICOLOGA.

OBJETIVO: Obtener información del personal que labora con pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico y deficiencia intelectual en el Centro de Día.

INDICACION: Se le realizara una serie de preguntas a las que se le solicita responder de la manera más clara y breve posible.

1. ¿Cuáles son las terapias que se realizan en el centro de día?

2. ¿Conoce la historia del centro de día?

3. ¿Cuáles considera que son las limitantes y los logros que tiene el centro de día?

4. ¿Cuáles son los factores ambientales para que se desarrolle la esquizofrenia?

5. ¿Qué criterios toma en cuenta para diagnosticar la esquizofrenia?

6. ¿Cuáles son los tipos de esquizofrenia que atiende con mayor medida en el centro de día?

7. ¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia?

8. ¿Qué factores influyen para diagnosticar una deficiencia intelectual?

9. ¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con deficiencia intelectual?

10. ¿Cuáles son los tipos de deficiencia intelectual que atiende en mayor medida en el centro de día?

11. ¿Una vez dado el diagnóstico por el psiquiatra está expuesta a modificación por parte de la psicóloga o los practicantes de psicología?

12. ¿Utilizan instrumentos psicológicos estandarizados para la evaluación psicoterapéutica en los pacientes del centro de día?

13. ¿Cuál es el método psicoterapéutico individual que es más eficiente en el centro de día?

14. ¿Con que frecuencia reciben los pacientes el proceso psicoterapéutico individual?

15. ¿Cuál considera que es el tiempo adecuado para una psicoterapia eficaz?



UNIVERSIDAD DEL EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.
Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LA FISIOTERAPEUTA.

OBJETIVO: Obtener información del personal que labora con pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico y deficiencia intelectual en el Centro de Día.

INDICACION: Se le realizara una serie de preguntas a las que se le solicita responder de la manera más clara y breve posible.

1. ¿Cómo surgió la iniciativa de un centro de día en el hospital?

2. ¿El centro de día cuenta con un programa por el cual se rige?

3. ¿Qué aciertos y limitantes observa en el centro de día?

4. ¿Qué tipos de terapia se realizan con los pacientes en el centro de día?

5. ¿Existe un tratamiento fisioterapéutico especializado para pacientes diagnosticados con esquizofrenia? ¿por qué?

6. ¿Qué beneficios posee la fisioterapia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

7. ¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia? ¿por qué?

8. ¿Considera importante el proceso psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia? ¿por qué?

9. ¿Existe un tratamiento fisioterapéutico especializado para pacientes diagnóstico de deficiencia intelectual?

10. ¿Qué beneficios posee la fisioterapia en pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual?

11. ¿Considera importante el tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual? ¿por qué?

12. ¿Considera importante el proceso psicoterapéutico en pacientes con diagnóstico de deficiencia intelectual? ¿por qué?

13. ¿Qué conoce acerca del proceso psicoterapéutico implementado por la psicóloga y los practicantes?

14. ¿Recibe un informe acerca del avance psicoterapéutico por parte de la psicóloga y los practicantes?



UNIVERSIDAD DEL EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.
Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PRACTICANTES.

OBJETIVO: Obtener información de los practicantes de la universidad de el Salvador Facultad Multidisciplinaria de Occidente y Universidad Modular Abierta que atienden pacientes diagnosticados con trastorno psiquiátricos en el Centro de Día.

INDICACION: Se le realizara una serie de preguntas a las que se le solicita responder de la manera más clara y breve posible.

1. ¿Cómo se enteró del centro de día?

Por medio de un compañero	Por un licenciado	Por medio de un familiar	Por medio de amigo	Otros

Explicar:

2. ¿Tuvieron una dinámica para integrarlos al grupo de trabajo en el centro de día?

Si	No

Explicar:

3. ¿Tienen un procedimiento que deben cumplir desde que llega al centro de día?

Si	No

Explicar:

4. ¿Se les brindo una corriente teórica en las cuales estaba fundamentado el proceso psicoterapéutico en el centro de día?

Si	Algunas	Regular	Ninguna

Explicar:

5. ¿Tienen reuniones con los profesionales para discutir los avances en los expedientes asignados?

Siempre	Casi siempre	Ninguna

Explicar:

6. ¿Le brindan los recursos necesarios para la intervención psicológica con sus pacientes?

Si	Algunas veces	No

Explicar:

7. ¿En su opinión considera que la psicoterapia que se utiliza en el centro de día es la adecuada?

Si	Algunas veces	No

Explicar:

8. ¿En primera instancia le brindan un formato específico para la realización de casos?

Si	No

Explicar:

9. ¿Puede realizar modificaciones en los casos que se le asignaron?

SI	Algunas veces	No

Explicar:

10. ¿Tiene alguna orientación por los profesionales en los casos que se le asignaron?

Si	Algunas veces	Ninguna

Explicar:

11. ¿Existe equidad en la asignación de casos?

Si	A veces	No

Explicar:

12. ¿Le estipularon un tiempo determinado para la intervención de casos?

Si	Algunas veces	No

Explicar:

13. ¿Realizan terapia de grupo en el centro de día?

Si	A veces	No

Explicar:

14. ¿Considera que las condiciones donde se brindan las terapias son las adecuadas?

Regular	Algunas veces	No

Explicar:

15. ¿Presenta aciertos el centro de día? ¿Si es así cuales considera que son?

Si	No

Explicar:

16. ¿Presenta limitantes el centro de día? ¿Si es así cuales considera que son?

Si	No

Explicar:



UNIVERSIDAD DEL EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS
SECCIÓN PSICOLOGÍA

Final avenida de Jesús Moraga Sur. Santa Ana, El Salvador, C.A.
Teléfonos: PBX 2484-0800, 2484-0914, 2484-0915. Apdo. Postal 1900

GUIA DE OBSERVACION PARA PACIENTE.

OBJETIVO: Registrar las características no verbales del usuario a través de la observación.

PACIENTE CON CLAVE: _____ **EDAD:** _____.

Nº	CONDUCTAS	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
1	Participa en las actividades del centro de día.			
2	El contenido de su lenguaje es acorde a la realidad que está viviendo.			
3	Se comporta de manera agresiva.			
4	Con que frecuencia acude al centro de día.			
5	Obedece indicaciones.			
6	Cuida de su higiene personal.			
7	Tiene iniciativa propia.			
8	Se apega al plan de trabajo elaborado por los profesionales del centro de día.			
9	Dominio de psicomotricidad fina			
10	Dominio de psicomotricidad gruesa			
11	Manifiesta problemas físicos para movilizarse o comunicarse con los demás.			