

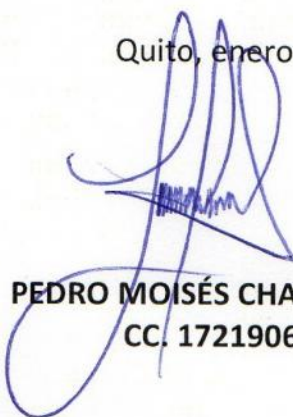
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **PEDRO MOISÉS CHANABÁ MEZA**, con **CC. 172190636-8**, autor del trabajo de graduación intitulado: **"ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESMANICOMIAL"**. Estudio realizado desde la Psicología Comunitaria a partir de la experiencia de 5 socios diagnosticados previamente con algún trastorno psiquiátrico grave en la organización Huertomanías en la ciudad de Quito en el periodo febrero-julio del año 2018, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2019



PEDRO MOISÉS CHANABÁ MEZA
CC. 172190636-8

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO
CLÍNICO**

“ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESMANICOMIAL”

Estudio realizado desde la psicología comunitaria a partir de la experiencia de 5 socios diagnosticados previamente con algún trastorno psiquiátrico grave en la organización Huertomanías en la ciudad de Quito en el periodo febrero - julio del año 2018.

PEDRO MOISÉS CHANABÁ MEZA

DIRECTOR: MTR. ERNESTO FLORES SIERRA

QUITO, 2018

DEDICATORIA

A todos quienes a consecuencia de un problema de salud mental han sufrido discriminación y estigmatización.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, que en cada momento de su vida me ha demostrado y enseñado que la perseverancia, la humildad y trabajo son los pilares vitales para crecer y dejar una huella.

A mi padre, por enseñarme que siempre se está a tiempo para cambiar y ser mejores cada día.

A mis hermanos, de quienes estoy orgulloso, pues cada día con sus logros me demuestran que todo es posible en la vida.

A mis tíos Julia y Roberto, por ser como unos padres más en mi vida y estar siempre pendientes de mi bienestar y crecimiento personal.

A mi prima Paola, por ser como una hermana más y demostrarme el valor de la unión familiar.

A mi familia en general, por ser un apoyo en momentos únicos de la vida.

A Huertomanías y sus socios, por ser como una familia más para mí y demostrarme que la enfermedad mental solo los hace mejores personas cada día.

A Aimee Dubois, directora de Huertomanías, por enseñarme que existen muchas formas distintas de hacer Psicología y que la constancia y la lucha por una causa fomentan los mejores cambios.

A mi director de tesis, Ernesto Flores y todos los profesores que me acompañaron en mi proceso de formación como profesional, quienes me han enseñado que cada ser humano es una existencia diferente.

A mi compañera favorita, por ser una luz que siempre guía mi camino, por ser un apoyo en los momentos más difíciles.

A mis amigos, quienes con sus risas y compañía han sido un soporte en la vida universitaria.

RESUMEN

El presente trabajo de disertación tiene como objetivo analizar el proceso terapéutico desmanicomial desde el enfoque comunitario de la Psicología, el mismo que permite entender una problemática social desde diversas perspectivas. Esta investigación pretende realizar un acercamiento hacia la esquizofrenia y la depresión, dos de los más comunes trastornos mentales graves a nivel mundial, mediante la descripción teórica de su etiología, curso, sintomatología, clasificación y diversos tipos de tratamientos que se proponen desde las distintas escuelas de la Psicología. A partir de esta información se pretende evidenciar el efecto terapéutico que tiene *Huertomanías* mediante los testimonios de cinco socios, sus familiares y psiquiatras.

Palabras clave: Psicología comunitaria, terapéutica desmanicomial, esquizofrenia, depresión, *Huertomanías*, familia.

ABSTRACT

The objective of this dissertation work is to analyze the de-psychotic therapeutic process from the community approach of Psychology, which allows understanding a social problem from different perspectives. This research aims to make an approach to schizophrenia and depression, two of the most common serious mental disorders worldwide, through the theoretical description of its etiology, course, symptoms, classification and various types of treatments that are proposed from different approaches of Psychology. From this information the investigator aims to show the therapeutic effect that *Huertomanías* brings, through the testimonies of five partners, their relatives and psychiatrists.

Keywords: Community psychology, demanicomial therapy, schizophrenia, depression, *Huertomanías*, family

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ABSTRACT	IV
Capítulo 1: Trastornos mentales graves	3
1.1. Esquizofrenia	3
1.1.1. Definición.....	3
1.1.2. Etiología	4
1.1.3. Curso	8
1.1.4. Síntomas.....	9
1.1.5. Clasificación.....	11
1.1.6. Tratamiento	11
1.2. DEPRESIÓN.....	13
1.2.1. Definición.....	14
1.2.2. Etiología	14
1.2.3. Curso	17
1.2.4. Síntomas.....	18
1.2.5. Clasificación.....	18
1.2.6. Tratamiento	20
Capítulo 2: Proceso desmanicomial	23
2.1. Terapéutica Antipsiquiátrica	23
2.1.1. Psicoterapia existencial	23
2.1.2. Psicodrama	26
2.1.3. Intención Paradójica	29
2.1.4. Los cuatro pasos.....	30

2.1.5. Arteterapia	32
2.2. Terapia Comunitaria	33
2.2.1. Participación y Compromiso	34
2.2.2. Apoyo social, una intervención comunitaria	38
2.2.3. Integración del enfermo mental en la comunidad	40
2.3. Proceso Huertomanías	42
Capítulo 3: Resultado de la investigación de campo.....	45
3.1. Técnicas de investigación.....	45
3.1.1. Observación Participante.....	45
3.1.2. Entrevista Semiestructurada	46
3.2. Población	46
3.3. Análisis de resultados.....	47
3.3.1. Registros observacionales	47
3.3.2. Entrevistas.....	56
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS.....	72

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla 1: Indicador de cuadros sintomáticos	47
Tabla 2: Cuadro sintomático Socio 1	53
Tabla 3: Cuadro sintomático socio 2.....	54
Tabla 4: Cuadro sintomático socio 3.....	54
Tabla 5: Cuadro sintomático socio 4.....	55
Tabla 6: Cuadro sintomático socio 5.....	55

Tabla 7: Clasificación Esquizofrenia DSM 5	72
Tabla 8: Clasificación Esquizofrenia CIE 11	72
Tabla 9: Clasificación Esquizofrenia Sluchevski	72
Tabla 10: Clasificación Depresión DSM 5.....	74
Tabla 11: Clasificación Depresión CIE 11	74
Tabla 12: Clasificación Depresión Pichon Rivière	75
Tabla 13: Horario	77
Tabla 14: Consideraciones Generales.....	79
Tabla 15: Observación Socio 1	79
Tabla 16: Observación Socio 2	80
Tabla 17: Observación Socio 3	80
Tabla 18: Observación Socio 4	81
Tabla 19: Observación Socio 5	81

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Registro de Actividades Mayo	78
--	-----------

INTRODUCCIÓN

Históricamente los preceptos de las ciencias médicas desde el punto de vista biológico, han contribuido en gran medida al estudio de las enfermedades mentales, sin embargo, no han sido consideradas perspectivas importantes como la social y la psicológica, promoviendo así que los pacientes de las instituciones psiquiátricas sean relegados de la sociedad y tratados fragmentariamente, por consiguiente, sus capacidades y potencialidades también sean desestimadas a pesar de su condición mental.

Con el transcurso del tiempo, estos hechos históricos han ido tomando espacio y campo de acción en el ámbito de la salud mental. Es así, como a nivel mundial aparecen los diversos movimientos anti-psiquiátricos que promovían entre sus mayores demandas, un trato humanitario e íntegro a dichos pacientes. Uno de los más reconocidos tuvo cabida en Italia, donde Franco Basaglia influyó en promover cambios en las políticas de trato a los usuarios de los psiquiátricos (Souza & Aguilar, 2002).

Según el último informe sobre salud mental en Ecuador IESM-OMS, (2008), de la totalidad de recursos empleados para salud en el país, tan solo el 1,20% es destinado para salud mental. Lo cual parecería demostrar que es insuficiente la atención y tratamiento de esta población, por tanto, es de relevancia realizar un acercamiento a esta problemática social, pues existen consecuencias como la exclusión laboral, la marginación social, entre otros.

Bajo la hipótesis de que la terapéutica del proceso desmanicomial influye en el mantenimiento de la estabilidad psíquica de los socios de *Huertomanías*, esta investigación tiene objetivo principal analizar dichos procesos de desmanicomialización como una forma de reinserción social en socios de dicha organización ubicada en Quito. Esta organización ha propuesto un modelo de intervención alternativo y complementario al del servicio de salud mental que actualmente se conoce. Lamentablemente el estigma que gira en torno a la

salud mental ha promovido que las personas con trastornos mentales graves no tengan oportunidades de poder restituirse como personas en sociedad.

En el primer capítulo se pretende realizar un acercamiento teórico hacia la esquizofrenia y el trastorno depresivo grave, dos de los trastornos mentales graves más comunes en los socios de *Huertomanías*, sus características principales, etiología, curso, clasificación y distintos tratamientos existentes desde las diversas corrientes de la Psicología. La finalidad de este apartado es poder comprender las especificidades de los trastornos y las limitaciones que tienen los socios tanto a nivel laboral como personal, a consecuencia del estigma que se ha creado en torno a salud mental.

En el segundo capítulo, se ampliará la investigación sobre la terapéutica desmanicomial, contemplando técnicas como la psicoterapia existencial, psicodrama, intención paradójica, los cuatro pasos (Moffatt) y arteterapia. Además, se pretende indagar sobre la terapia comunitaria, la participación y compromiso, el apoyo social, y la integración del enfermo mental en la comunidad con la finalidad de entender el proceso que se realiza en *Huertomanías*.

Finalmente, en el tercer capítulo se pretende analizar los resultados de la investigación de campo mediante el uso de dos técnicas de investigación cualitativa como son la entrevista semiestructurada y la observación participante, las cuales permitirán hacer un correlato entre la investigación teórica y el uso de las herramientas metodológicas utilizadas, que posteriormente posibilitarán la elaboración de las conclusiones y recomendaciones del trabajo de disertación

Capítulo 1: Trastornos mentales graves

El objetivo principal de este primer capítulo es contextualizar aspectos importantes como definición, etiología, curso, sintomatología, clasificación y tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor, dos de los más comunes trastornos mentales graves que forman al mismo tiempo parte de los diagnósticos de los socios de *Huertomanías*, lugar donde se está desarrollando el presente trabajo de disertación, por tanto, es importante generar la ampliación necesaria para poder entender y desplegar los posterior capítulos de forma concatenada.

Es importante mencionar que en este capítulo se realizará un recorrido desde la psiquiatría, la cual tiene directa vinculación con la temática propuesta y aportará información valiosa para lograr comprender de forma amplia; sin embargo, el propósito esencial será abordar y profundizar los diferentes trastornos desde las diferentes posturas escuelas y autores de la Psicología.

1.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia en la actualidad afecta a más de 21 millones de personas a nivel mundial, ha sido asociada a una discapacidad considerable, pudiendo llegar afectar el desempeño educativo y laboral. Existe entre 2 y 2,5 veces más de probabilidades de muerte que el resto de la población, debido a enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

1.1.1. Definición

La OMS define la esquizofrenia como un “ trastorno mental grave caracterizado por la distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta” (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 15). Caballo, Salazar, & Carrobes (2014) en su texto *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* señala que la esquizofrenia proviene de la palabra *schizo* (dividir) y la define como un trastorno psicopatológico grave, ubicada dentro del grupo de las psicosis y caracterizado como menciona Wolff, (2005) por la grave ruptura del equilibrio, de disociación entre las pautas

emocionales, motoras e intelectuales. Sluchevski, (1960) concuerda con Caballo, Salazar, & Carrobles mencionando tres síntomas característicos: embotamiento de la sensibilidad, trastornos peculiares del pensamiento y abulia.

Desde la fenomenología existencial, la esquizofrenia según Ronald Laing (1994) hace referencia a un individuo en donde la totalidad de su experiencia está dividida en dos partes. En la primera, se experimenta como si estuviese dividido, como si su cuerpo y alma no pudiesen estar unidos, con la existencia de dos o más yos. En la segunda parte, en cambio existe una fisura en la relación con el mundo, el individuo no se puede concebir junto a otros, sino que lo realiza en un completo aislamiento y desesperante soledad. Es una forma más de ser de un individuo, de como este se está experimentando a sí mismo y al mundo.

La escuela sistémica de la psicología según Bateson y otros autores como Haley y Weakland, definen a la esquizofrenia como una respuesta a un trauma psicogénico, en donde el rechazo y luego la represión de figuras parentales, crean una situación perdurable que genera un sentido borroso y brumoso en el niño, lo que se entiende como *dobles vínculos*. Esto puede entenderse desde la teoría de la comunicación, específicamente desde los tipos lógicos (Jackson, 1977).

Alfredo Moffatt (2011) desde la Psicología social, propone que la locura es un modo más de enfermar, es una respuesta ante la situación que ha vivido y sigue viviendo la persona. Además, añade que es una construcción social que se instala en el imaginario del paciente, es decir, que cada cultura se encarga de crear lo que está dentro de lo normal y lo patológico.

1.1.2. Etiología

A lo largo de la historia, la esquizofrenia ha sido motivo de estudio de muchos autores que han propuesto diversas hipótesis respecto a su origen. En la actualidad, se conoce que este trastorno no responde a un factor único ni determinante, sino a una etiología biopsicosocial. La Psiquiatría al ser la especialidad médica dedicada al estudio de los diversos trastornos mentales, su diagnóstico y posterior tratamiento, menciona la existencia de algunos factores que pueden influir o promover el inicio de la esquizofrenia.

La carga genética es un factor que llama mucho la atención al momento de pensar en la esquizofrenia; sin embargo, Caballo, Salazar, & Carrobles (2014), mencionan que el porcentaje identificado no representa un valor muy significativo en este trastorno. Las estadísticas indican que, si un progenitor tiene esquizofrenia, existe del 12% al 15% de probabilidades de que su hijo la tenga, mientras que con los dos progenitores el porcentaje aumenta al 36%. Además, los autores señalan la existencia de otros factores como los prenatales, la influenza en el primer trimestre de embarazo, desnutrición materna, entre otras hipótesis como la de los neurotransmisores, hormonas y enzimas que pueden influir. Sanders & Gejman (2012) corroboran y mencionan que la mayoría de factores de riesgo ambientales actúan sobre el embarazo, además, el periodo temprano del desarrollo cerebral, abuso de sustancias psicotrópicas en la adolescencia y adultez podrían estar influyendo en el desencadenamiento del trastorno.

El campo de la Psiquiatría existe cierta dificultad al momento de establecer un consenso en cuanto a la definición de este trastorno, pues aparecen síntomas muy similares que dan cabida a confusiones con otros trastornos psicopatológicos y más aún psicóticos (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014). El trastorno de ideas delirantes o parafrenia como lo denomina Sluchevski, (1960), es un claro ejemplo, pues llega a tener síntomas muy similares pero el curso y contenido de la enfermedad es distinto. Los trastornos esquizoafectivos y del estado del ánimo también deben ser tomados en cuenta en el diagnóstico diferencial. La prevalencia es 1 de cada 100 habitantes, existiendo mayor incidencia en zonas urbanas, estatus migratorio y estaciones del año como invierno. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Gregory Bateson¹ explica la etiología de la esquizofrenia desde la teoría del *doble vínculo*. Menciona que la base de toda relación humana es la comunicación y mediante la misma una persona en interacción con sus figuras parentales, puede crear un vínculo patológico que desencadene la esquizofrenia (Jackson, 1977). El autor rescata que los *dobles vínculos* no son el único factor en la génesis de la esquizofrenia, pero sí que puedan influir determinadamente en que se desencadene la misma “el doble vínculo como una

¹ Miembro de la Escuela de Palo Alto cuyo enfoque fue la Psicología Sistémica

pauta de comunicación que provoca un comportamiento característico en la esquizofrenia” (Jackson, 1974, p. 376).

Para que se dé el *doble vínculo*, es necesario que existan algunas características: la primera es la participación de dos o más personas, un mandato primario negativo, y un mandato secundario que está en conflicto con el primero a un nivel más abstracto (lenguaje no verbal), al igual que el primario está reforzado por castigos o señales de peligro para la supervivencia, y finalmente un mandato negativo que prohíbe a la víctima escapar del campo (Jackson, 1974). Con estas características lo que el autor quiere explicar es que existe un proceso en el cual se encuentran dilemas de comunicación debido a contradicciones de mensajes, especialmente emitidos por la figura materna. Decirle a un niño [*no hagas eso, o te castigaré*] o [*si no haces eso, te castigaré*] se transmite que lo debe hacer, pero al mismo tiempo no lo puede hacer y como resultado está el castigo. Esta posición de poder genera angustia en la víctima y su relación de inseguridad acerca de su punto de vista de la realidad. Las interacciones incongruentes existentes provocadas en un contexto familiar patológico, promueven la normalización de la lógica contradictoria del *doble vínculo*, llevando así a la persona a escapar de la realidad por medio del delirio (Jackson, 1974).

Ronald Laing² (1994), propone que “la cordura o la psicosis se comprueban conforme el grado de conjunción o de disyunción entre dos personas, cuando una de ellas es cuerda por consenso universal” (p. 32). Es decir, para el autor, la psicosis existe debido a que la sociedad se ha encargado de crearla conforme a la congruencia que puede llegar a tener un individuo hacia esta categorización. Son individuos que no pueden experimentarse a sí mismo como un todo, sino más bien de forma fragmentada, de forma que viven una realidad propia atravesada por categorías distintas a las del resto, por tanto, es necesario reconocer esta diferencia al intentar entender su mundo (Laing, 1994).

Laing (1994) propone que al nacer un niño se siente real y vivo, posee un sentido de ser, y no solamente el resto de personas los ven como personas biológicamente visibles, sino que se experimenta así mismo como tal, tiene una continuidad en el tiempo y un lugar en el espacio, su identidad y autonomía nunca es puesta en tela de juicio, esto se denomina

² Psiquiatra Escocés, propone la fenomenología existencial

seguridad ontológica primaria, de esta forma su relación con el otro es potencialmente satisfactoria y agradable.

Por otro lado, también puede suceder que un individuo por diversas eventualidades, no haya logrado alcanzar dicha seguridad, ocasionando que, en circunstancias ordinarias, en momentos pueda sentirse irreal en sentido literal, es decir, sentirse más muerto que vivo; no se logra diferenciar del mundo, su identidad y autonomía están siempre en tela de juicio, puede llegar a carecer de la experiencia de su propia continuidad temporal, a esto se denomina la *inseguridad ontológica primaria* donde es más importante su preocupación por preservarse y complacerse a sí misma, que las circunstancias ordinarias de la vida cotidiana, las cuales representan una amenaza ante su débil umbral de seguridad. El ser tragado, la implosión, la petrificación y despersonalización, son tres formas de angustia que la persona puede experimentar al perder su yo, incluso se llegan a representar en sus sueños y en ocasiones pacientes han logrado predecir incluso el curso de su psicosis (Laing, 1994).

La forma de relación de una persona con *inseguridad ontológica* es compleja, pues no existe un sentido de unidad básica, se experimenta a sí mismos como dividido en cuerpo y mente. El autor refiere el *yo encarnado* y *no encarnado* para reflejar y contrastar las diferentes realidades. La persona con un *yo no encarnado*, no logra asimilarse junto a su cuerpo, está divorciado de él, se asimila como invulnerable al daño físico, lo contrario de la persona con un *yo encarnado*, la cual tiene la seguridad de estar biológicamente viva, sabe que la sangre, huesos y demás componentes son parte de un todo que conforma un sentimiento de ser real (Laing, 1994).

Mediante la explicación del *yo interior* y el sistema del *falso yo*, Laing, (1994) intenta explicar que el esquizofrénico al experimentarse como dividido, necesita instaurar un mecanismo que le permita estar en el mundo, porque la división no es simplemente una reacción transitoria a una situación de peligro, sino también una orientación básica hacia la vida. La creación de un sistema parcialmente disociado del verdadero yo, funda un *falso yo* que permite una relación con otras personas y el mundo, siendo a su vez una manera de no *ser* uno mismo. Esta relación tiene que ser diferente, porque a diferencia del resto que su yo y cuerpo están fusionados, el esquizofrénico mantiene aislado su yo, separado de su cuerpo, el cual está unido al otro, al mundo.

Moffatt (2011)³ menciona en su texto su concepción de loco: “El loco se resbaló de la cultura, perdió el código común para definir la realidad y tuvo (para salir del vacío) que crear otra vez el código, pero a partir de su subjetividad, como un inventor solitario, pues cualquier lectura es mejor que el caos terrorífico” (p. 19) De esta forma el autor propone que cada cultura determina sus criterios de salud, de manera tal que no hay enfermedad fuera de una cultura dada. Menciona que la locura se instala en lo imaginario, pues es la representación del acto lo que enferma más no el acto en sí, además, señala la necesidad de quien está en este imaginario, decodifique el caos de la realidad de acuerdo a su código subjetivo, el cual no comparte con nadie, siendo este el código de su delirio y el punto de quiebre de la relación con el resto, pues estos comparten el delirio de la cultura al que pertenecen (Moffatt, 2011).

Moffatt, (2011) también menciona que la vivencia del *fin del mundo* de la persona con esquizofrenia es la crisis más grave y típica, pues da cuenta de la fragmentación de lo histórico, del quiebre de esta cadena que constituía el yo. Su resultado se puede apreciar en las pinturas que son una verdadera obra de arte, donde se amalgama y se proyecta su mundo. La esquizofrenia es la enfermedad más esencial, la perturbación más arcaica y a donde se dirige el ser humano en la actualidad, pues está sumido en una vorágine de posibilidades volátiles que acarrearán una disolución del yo. En cuanto al brote psicótico se menciona que el paciente genera un vacío insoportable que lo deja en la extrema soledad y es allí donde en su delirio puede vincularse con alguien que muchas veces es un perseguidor, más aún si es un brote de tipo paranoide, pero aun así tiene otro con el cual puede dialogar delirantemente. Finalmente el autor propone la *esquizofrenización* como la enfermedad básica de donde se ramifican el resto, pues menciona que “en la esquizofrenia no hay pérdida del yo, pues no hay más yo”. (p. 46)

1.1.3. Curso

Su inicio por lo general se sitúa al final de la adolescencia e inicio de la etapa adulta, es decir, en un rango de edad de entre 16 y 50 años. la presencia en la niñez exige mayor cautela ya que es una etapa de desarrollo del individuo; se diagnostica como una psicosis infantil (Caballo, Salazar, & Carroble, 2014). En niños existen manifestaciones

³ Representante de la Psicología Social y discípulo de Pichon Rivière

psicopatológicas poco claras, no se observa una forma paranoide, lo más común de encontrar es una combinación débil entre síntomas catatónicos y hebefrénicos, además de terrores que solo están presentes en esta edad (Sluchevski, 1960).

En cuanto al curso de la enfermedad Belloch, Sandín, & Ramos, (2009) mencionan que la mayoría de cuadros se presentan en una fase premorbida, es decir, con presencia de síntomas de forma leve hasta llegar a una fase activa donde son más notorios. Se registra un alto índice de recaídas en la mitad de los pacientes en remisión. Sluchevski, (1960) menciona que existe un periodo precursor en el que se manifiesta un cambio especial y rápido de carácter que van de la mano con la apatía, además, presentan síntomas de carácter hiponcondriaco, en especial dolores de cabeza. Para este autor existen tres estadios de la enfermedad: el funcional, donde todos los síntomas son manifiestos llegando a durar meses e inclusive años, el funcional destructivo, en el cual se evidencia la destrucción y muerte de células nerviosas y el final, en el que se presenta una demencia de tipo orgánico con pobreza de interés, limitándose a la vida instintiva.

1.1.4. Síntomas

Dentro de la sintomatología de la esquizofrenia existen síntomas positivos y negativos, los primeros por su parte se caracterizan por comportamientos psicóticos que tienen una ruptura con la realidad como los delirios, alucinaciones, conductas motoras inusuales y graves desorganizaciones del comportamiento, además están presentes en fases agudas de la enfermedad. Los síntomas negativos por su parte, se asocian a la interrupción en comportamientos normales y alteración de las emociones como el aplanamiento afectivo, pérdida de motivación, aislamiento social, pérdida de sentimientos de placer. Son síntomas que están presentes de forma reiterativa y constante en el paciente (Caballo, Salazar, & Carrobbles, 2014).

Wolff, (2005) hace un recorrido general sobre los distintos síntomas que experimenta un individuo con esquizofrenia; dentro de los físicos se observa la pérdida considerable de peso, trastornos digestivos y circulatorios y dentro de los síntomas mentales se puede observar la falta de coordinación entre los procesos emocionales y mentales, los pacientes lloran cuando están alegres y viceversa, ríen, temen o muestran

desinterés sin motivo aparente, tienen atención dispersa y a veces suelen perder el contacto con su ambiente.

En cuanto a su comunicación suele ser incoherente girando en torno las ideas obsesivas delirantes que no se relacionan. Existe la pérdida del pensamiento abstracto, si las cosas no tienen un significado bien claro, no representan nada para el individuo; muestran rigidez concreta en sus conceptos, por ejemplo: *son las doce porque a esa hora mi amigo sale de su habitación, y en estos momentos está saliendo*. Tienen una gran exactitud literal, al preguntarle a una mujer donde está su marido, ella respondió que en un retrato (Wolff, 2005).

El pensamiento simbólico quizá es una de las manifestaciones más representativas, pues denota mucho de su existir en el mundo. Síntomas como la disociación de pensamiento, pueden hacer pensar que este está fragmentado, pero existe una unidad organizadora similar a las oníricas. La subjetividad es remplazada por la objetividad, mientras una persona es parte del mundo, el esquizofrénico siente el mundo como parte de sí mismo; la pérdida del sentimiento de seguridad debida a la confusión de la razón, implica emplear arduos esfuerzos de autoconservación simbólica. Su pensamiento mágico lleva pensar que están en contacto con fuerzas superiores, su yo pierde toda estabilidad llegando a crear identificaciones de la más extraña naturaleza. No entienden metáforas, las viven, si una persona expresa metafóricamente querer arrancarse la piel, el esquizofrénico tratará de hacerlo. Existe vaguedad en el curso de su pensamiento, cambian constantemente puntos de referencia (Wolff, 2005).

El pensamiento concreto y simbólico conlleva a la pérdida de posibilidad de comunicación provocando a su vez aislamiento, irritabilidad y comportamientos extravagantes. La disociación de la personalidad se hace visible al existir una incongruencia interna, llegando a actuar por fuerzas externas ajenas a ellos, llegan a ser incapaces de reconocer su ambiente. Separan los detalles de la totalidad, un ejemplo claro es las respuestas minuciosas y fraccionadas que tienen en el test de Rorschach. La imaginación y la percepción se fusionan y se proyectan en su ambiente al igual que la racionalización de sus alucinaciones, oyen voces y ven fantasmas y piensan que la gente u objetos son los responsables de sus fenómenos ilusorios (Wolff, 2005).

1.1.5. Clasificación

La creación de algunos manuales clasificatorios como el DSM y CIE han posibilitado establecer criterios diagnósticos donde la pérdida del contacto con la realidad es uno de sus síntomas más característicos que junto al resto de síntomas deben cumplir un periodo determinado de tiempo para poder establecer un diagnóstico en el paciente. Los criterios del DSM-5 proponen como indicadores principales de la esquizofrenia a los síntomas negativos como la abulia o el aislamiento y los síntomas positivos como delirios, alucinaciones, discurso o comportamiento desorganizado. Además, menciona que cumplimientos de dos o más de los mismos en un periodo mayor a un mes son necesarios para crear un diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014).

El CIE-11 ubica a la esquizofrenia y su clasificación dentro de la categoría de *Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios*, además, señala a la deficiencia significativa de pruebas de la realidad y las alteraciones en el comportamiento manifestados por síntomas positivos como pensamiento desorganizado, delirios persistentes, alucinaciones persistentes, comportamiento sumamente desorganizado, además de síntomas negativos como el aplanamiento afectivo o trastornos psicomotores. Para su diagnóstico estos síntomas deben estar presentes con la frecuencia necesaria que implique el desvío de las normas culturales o subculturales esperadas, además se indica que dichos síntomas no deben surgir a consecuencia de otro trastorno mental y del comportamiento (World Health Organization, 2018).

Por otro lado, Sluchevski (1960) plantea una clasificación que para su época era bastante acogida por la descripción detallada que realizaba de los diferentes subtipos del trastorno, influyendo en una correcta diferenciación de los diferentes cuadros sindromáticos, en comparación a los dos manuales antes mencionados. Dentro de subdivisión de la esquizofrenia se puede observar la hebefrénica, catatónica, paranoica, simple, depresiva, circular, e hipocondríaca.

1.1.6. Tratamiento

La psiquiatría emplea sus tratamientos en función del conocimiento que tiene acerca de la esquizofrenia, principalmente por medio de los fármacos, los cuales son su principal herramienta y han logrado reducir muchos de los síntomas que son visibles, además de

prevenir recaídas y mejorar el pronóstico del paciente. Se espera que durante este proceso se integre un plan de tratamiento multidisciplinar y otros procedimientos terapéuticos, como el psicológico, donde se pueda profundizar sobre la etiología del trastorno y trabajar aspectos como la vinculación familiar, psicoeducación, autonomía, entre otros que generen un mejor desenvolvimiento en su vida social, emocional y laboral (Ortuño, 2008).

Se concibe tres fases en el trastorno, la primera la fase *aguda* en la cual existen síntomas exacerbados que requieren de una hospitalización y se usan fármacos típicos o atípicos como el *haloperidol* o la *clozapina* que al actuar a nivel cerebral bloquean los delirios y alucinaciones. La fase intermedia o de *estabilización* puede durar hasta 6 meses, aquí se evalúa su hospitalización y otros elementos como riesgo de suicidio y prevención de recaídas, se ajusta la medicación en función de cada caso, esta es similar al de la fase *aguda* y pueden incluirse estabilizadores del ánimo. Finalmente, en la fase *estable*, se presenta una sintomatología duradera en el tiempo la cual es controlada con medicamentos, se busca además mejorar el estilo de vida para lo cual se recomienda asistir a grupos terapéuticos y terapias familiares (Ortuño, 2008).

La propuesta ante el tratamiento desde el punto de vista sistémico propuesto por Bateson se desprende de la psicoterapia prolongada, la cual tiene la aprobación de los progenitores y el personal que servirá de apoyo durante el tratamiento. Se ha considerado que el apareamiento de la esquizofrenia es un proceso que requiere tres o más generaciones para desarrollarse, es decir patrones de comunicación que han estado presentes en una familia durante mucho tiempo y que se hacen visibles al desencadenarse un brote psicótico en uno de sus miembros. Por tanto, el tratamiento consiste en encontrar los patrones de la comunicación que la tornan patológica y al mismo tiempo crean la lógica contradictoria del *doble vínculo*, logrando así tramitarlos y reemplazarlos por otros que promuevan una comunicación clara y funcional. Además, es importante trabajar en aquellos síntomas o consecuencias que se han generado en el curso de la esquizofrenia, logrando reconstruir vías que antes estaban dañadas (Jackson, 1974) .

En la propuesta de tratamiento desde la Psicología social se puede mencionar a las terapias de evolución, denominadas así debido al lento trabajo de condicionamiento en la rehabilitación, haciendo progresivo el recorrido de transformaciones que está impidiendo

una despersonalización. Moffatt, (2011) menciona que las terapias catárticas tienen buen resultado a niveles neuróticos o histéricos porque movilizan emocionalmente un yo consolidado, pues el paciente puede expulsar aquello que le está generando sufrimiento, pero a diferencia de esta, la terapia de evolución sirve específicamente en la resolución de un reaprendizaje de vínculos y estructuras presentes en las psicosis, donde se encuentra un yo fragmentado o cercano a la fragmentación, donde la forma escalonada y pausada evitan discontinuidades temporales que direcciona a una fragmentación. Además, el autor plantea que situarse en el presente reconstruyendo su trama cotidiana en una crisis aguda, puede significar el único camino para la reconstrucción del yo.

Las actividades que se muestran en los hospitales del día tienen un significado de *escuela para esquizofrénicos* en donde se reaprenden normas culturales y roles primarios familiares: *deseo* en relación de la madre, *ley* en relación al padre y *competencia y colaboración* en relación a hermanos. Según el autor esto es necesario pues durante su infancia el esquizofrénico tuvo un adiestramiento perturbado en función de manipulaciones paradójales (Moffatt, 2011).

La reinserción laboral es considerada como una función estructurante pues genera un gran aporte a la existencia del paciente, el autor usa el concepto de *funcionalización de la perturbación* para explicar que lo que se intenta es canalizar los síntomas residuales por medio de la obtención de un nuevo trabajo, que las actividades realizadas en el mismo tengan un carácter terapéutico innato. Esta reinserción laboral es importante, pues es uno de los últimos pasos que se espera de un paciente luego de haber trabajado en varios fragmentos de su existencia, lo cual permite hacer uso de herramientas adquiridas en un largo proceso en cuanto a la relación con el mundo, el mundo interno y alejado en el que vive el esquizofrénico y el mundo en el que se halla el resto de la cultura. Reinsertarse en el mundo familiar, encontrar formas creativas de realización personal es lo que consolida y estabiliza la curación (Moffatt, 2011).

1.2. DEPRESIÓN

Para el año 2015, 300 millones de personas a nivel mundial estaban diagnosticadas con depresión, además de tener una comorbilidad con trastornos de ansiedad, en el mismo año en el Ecuador, el 4,6% de la población tenía este diagnóstico (Organización Mundial de

la Salud, 2017). La prevalencia en la vida adulta es alta, llegando al 15% en hombres y 24% en mujeres de entre 18 y 45 años, los cuales pertenece a la etapa más productiva de un individuo. Es importante también tomar en cuenta aspectos culturales como estilos de crianza, roles de género, entre otros, que facilitan el desarrollo adecuado de autonomía personal y social (Finlay, 2006).

1.2.1. Definición

Según la OMS, “la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Además, la psiquiatría lo define como un trastorno mental caracterizado por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, al mismo tiempo unido a la alteración de la conducta y el curso del pensamiento, pudiendo llegar a ser crónico y limitar el desempeño de las personas en las actividades cotidianas (Ruiloba, 2011).

El modelo cognitivo conductual percibe a la depresión como un trastorno emocional en donde existe una distorsión o sesgo sistemático en el proceso de la información o sucesos que impliquen pérdida o privación (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002). De esta forma, tras un suceso cotidiano de la vida, en el depresivo existe una valoración excesiva de acontecimientos negativos, volviéndose globales, frecuentes e irreversibles (Sanz, 1993).

Pichon Rivière define la depresión como una reacción emocional de una persona ante una experiencia de pérdida, la cual puede ser normal o patológica, además, menciona que debe ser una conducta indispensable frente a situaciones de frustración, privación o pérdida, teniendo además un carácter unitario en su función, aparición y estructura (Cazau, 1981).

1.2.2. Etiología

La Psiquiatría como una rama de la medicina ha intentado por mucho tiempo indagar sobre las causas de la depresión mayor, la cual es compleja ya que entre sus posibilidades pueden existir influencias de tipo fisiológico, genético, hormonal o ser consecuencia de factores como el estrés y/o factores sociales y psicológicos. El

desequilibrio de la *serotonina* principalmente, junto a otras hormonas importantes como la *GABA*, el *glutamato*, la *noradrenalina*, son quizá una de las causas más acentuadas desde la parte médica que explica el origen de la mayoría de los síntomas de la depresión (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda, & Salgado , 2017).

El estrés crónico es otra de las hipótesis, pues se ha comprobado que los trastornos depresivos representan modificaciones en el sistema nervioso central, en respuesta a niveles crónicos de estrés, esta hipótesis se encuentra respaldada por evidencias epidemiológicas. La hipótesis neurotrófica en cambio sostiene la existencia de proteínas que influyen en procesos de neurogénesis y plasticidad neuronal, que en pacientes depresivos se ha evidenciado una formación anormal, afectando áreas límbicas que tienen participación en el control del ánimo. Finalmente, los factores genéticos también han demostrado influir en la depresión pues al combinarse con los ambientales provocan alteraciones a nivel cerebral (Pérez, et al. , 2017).

Moffatt (2011), propone que el proceso llamado vida tiene fracturas o diferentes etapas, algunas más leves como el cambio de trabajo o finalización de una carrera y otras más traumáticas como enfermedades o muertes repentinas de seres queridos, en los cuales el yo debe reestructurarse, lo cual produce mucha angustia, pues mientras una parte se disuelve, otra se crea. La enfermedad es la fractura de la continuidad histórica, y la depresión aparece como una condición en la que la persona no aprendió a configurar rituales de paso, no puede separarse imaginariamente de lo que ya no existe en lo real. La elaboración de los recuerdos es lo que el autor reconoce como un proceso de duelo en donde situaciones o personas han pasado a lo imaginario, es decir a la memoria, una zona virtual en donde se ha consolidado diversos procesos.

La depresión aparece como una zona carente de espacio y tiempo, superpuesta al espacio, no se encuentra en el pasado debido a la falta de procesamiento de esta situación o persona, y al mismo tiempo está y no en el presente, queda en la ambigüedad de no estar ni en la memoria ni en el mundo real, es lo que el autor denomina *lo fantasmal*, aquello que inquieta y desconcierta. El tema de la muerte y los duelos en la cultura occidental es temido y negado, no existe la aceptación adecuada de la misma, la cual puede convertirse en una patología. Los rituales que tienen muchas culturas para la muerte son muy diversos, aunque

en la actualidad son pobres, pero al final de cuentas para el que se queda, atraviesa por varias etapas, como la sorpresa o desconcierto y la negación, aquí el autor hace hincapié, pues es donde se hace un trabajo personal del duelo, se despide y construye imaginariamente a la persona interna (Moffatt, 2011).

Pichon Rivière como aporte desde la psicología social propone la teoría de la enfermedad única *T.E.U.* que si bien es cierto tiene influencias del psiquiatra alemán Griesinger, el autor añade que las causas de la enfermedad mental también se sostienen en las series complementarias freudianas. Esta teoría explica que la tristeza es la enfermedad base y ocupa un lugar central en la génesis de la patología, bajo este esquema se podría entender estructuras como la neurosis, la psicosis entre otros cuadros patológicos que son de gran interés para su entendimiento y posterior tratamiento. El vínculo del feto con su madre en el transcurso del embarazo, es una parte integrante del factor constitucional, además del peso familiar que ayuda a configurar la enfermedad (Chayo & Florencia, 2007).

El *vínculo* para el autor, da cuenta del aspecto intrasubjetivo e intersubjetivo, es decir, de una relación que, surgida en el mundo externo, tiene origen en el mundo interno para posteriormente de forma dialéctica dirigirse en ambas direcciones. El *vínculo* por tanto será el vehículo de experiencias sociales que lo conducirán al mundo interior, generando así una red de vínculos que constituyen al sujeto, de esta forma, las vivencias con otros darán experiencias de satisfacción o frustración (Chayo & Florencia, 2007).

El modelo cognitivo conductual de la psicología entiende al ser humano, su psiquismo y su diverso comportamiento en relación a su entorno. Plantea a la depresión como un trastorno donde existe un sesgo en el procesamiento de información y, además, como efecto del mismo la existencia de signos y síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que se ramifican de dicho sesgo. Mediante la triada cognitiva, este modelo explica el origen del trastorno, el cual hace referencia a tres patrones de conducta importantes a ser tomados en cuenta al momento asimilar la depresión, los cuales también inducen al paciente a valorar sus experiencias, su futuro y así mismo de forma negativa (Beck, et al., 2002).

El primer punto hace referencia a la valoración negativa que da el paciente a sí mismo, tiende a otorgar experiencias perjudiciales de tipo psíquico, físico o moral a un

defecto propio, el cual lo sume en una vivencia de inutilidad, carente de valor e incapacidad del discernir la realidad. Es autocrítico, atribuye errores en general a defectos propios y, además, piensa tener carencia de aquellos elementos que permiten su felicidad. El segundo punto es la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa, el paciente piensa que el mundo le pone obstáculos y exigencias imposibles para lograr sus objetivos (Beck, et al., 2002).

Finalmente, el tercer punto explica la visión negativa del paciente hacia el futuro, asume los sufrimientos y dificultades del futuro pensando que los del presente tendrán continuidad. El modelo cognitivo de la depresión ha surgido en función de observaciones clínicas y sistemáticas experimentales, favoreciendo la creación de la terapia cognitiva (Beck, et al., 2002).

1.2.3. Curso

Muchos autores proponen que la depresión es uno de los trastornos psicopatológicos más frecuentes y con expectativas poco alentadoras, así lo demuestran los datos epidemiológicos. Su curso es muy variable, pudiendo llegar desde episodios depresivos aislados sin aparente continuidad a episodios recurrentes que se agravan conforme pasan los años. Además, Pérez, et al. (2017), mencionan que el trastorno puede empezar de forma repentina o paulatina. Por lo general las recaídas en etapas tempranas del trastorno son más espaciadas, y más cortos los periodos de remisión a medida que el cuadro progresa (Black & Andreasen, 2012).

Se estima que entre dos y seis son los episodios que puede tener una persona con depresión mayor, además, el número de los episodios sufridos es el mejor indicador de una próxima recaída. En cuanto a la recuperación, se estima que un 66% logra una adecuada recuperación y que un 33% lo hace de forma parcial, teniendo posibilidades de presenciar otro episodio. El acompañamiento de otros trastornos como la distimia u otros trastornos de la personalidad, tienen una mayor dificultad (Black & Andreasen, 2012). El suicidio es una de las mayores complicaciones, entre el 10 y 15% de pacientes internados pueden quitarse la vida; aspectos como el divorcio, vivir solo, antecedentes de uso de drogas, edad mayor a 40 años, son atenuantes que influyen aún más en llevar a cabo el acto suicida (Pérez, et al. , 2017).

1.2.4. Síntomas

Dentro de las manifestaciones clínicas del trastorno depresivo mayor, se encuentra la alteración del estado de ánimo, la cual se caracteriza por el sentimiento de tristeza y baja moral, en ocasiones los pacientes refieren sentirse irritables o tensos, demandan haber perdido la capacidad de sentir placer o interés por actividades que realizaban en su vida cotidiana. Este trastorno viene acompañado por síntomas *vegetativos* o *somáticos* como la pérdida del apetito, la cual conlleva una pérdida de peso; algunos pacientes se obligan a comer a pesar de la falta de apetito o los familiares y personas cercanas obligan a hacerlo. Es poco común que en la depresión se presente un aumento de apetito y peso (Black & Andreasen, 2012).

La presencia de insomnio también está presente, puede ser inicial generando molestias durante varias horas hasta lograr conciliar el sueño, insomnio intermedio o de mantenimiento, en el cual el paciente se levanta durante la noche y permanece por algunas horas sin poder volver a dormir. Por último, existe el insomnio terminal, en el cual se despierta muy temprano en la mañana y no puede volver a conciliar el sueño. En cualquier tipo de insomnio existen preocupación y rumiación de pensamiento. Frecuentemente existe una alteración motora caracterizada por su enlentecimiento, pacientes pueden permanecer sentados durante horas sin hablar con nadie y cuando lo hacen, su habla es breve y lacónica, caminan lento, tienen la mirada perdida; puede existir también la agitación psicomotora, donde los pacientes muestran ansiedad e irritabilidad (Black & Andreasen, 2012).

Existen pensamientos de inutilidad y culpa, dificultad para pensar y concentrarse, problemas cognitivos que en casos graves los pacientes no pueden realizar tareas simples como leer y ver un partido de fútbol. Se observa pensamientos suicidas como vía de escape ante su sufrimiento, un bajo apetito sexual, impotencia y anorgasmia. Una quinta parte de los pacientes con trastorno depresivo grave puede experimentar síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones los cuales son congruentes al estado de ánimo (Black & Andreasen, 2012).

1.2.5. Clasificación

El DSM y el CIE son los principales manuales clasificatorios que describen la depresión y la diversidad de sus variantes, siendo la tristeza uno de sus síntomas más

característicos o promotores del resto de sintomatología en un rango prolongado de tiempo. El DSM-5, clasifica al trastorno depresivo mayor en función de su gravedad, además de la presencia de un episodio único o recurrente. Al igual que el CIE-11 separa la existencia de síntomas psicóticos. Para la creación de un diagnóstico en el paciente, es necesario que los criterios diagnósticos se presenten a diario por un periodo de al menos dos semanas (American Psychiatric Association, 2014).

El CIE-11 ubica al trastorno depresivo dentro de los trastornos del estado de ánimo, se caracteriza por un estado de ánimo depresivo como por ejemplo irritabilidad o tristeza, también está presente la pérdida de placer acompañado de otros síntomas cognitivos, neurovegetativos o conductuales que tienen una afección significativa en el paciente, llegando a limitar sus actividades cotidianas. Este manual señala que este diagnóstico no debe ser tomado en cuenta en personas que alguna vez hayan experimentado episodios hipomaniacos, maníacos o mixtos, pues se podría estar confundiendo con el trastorno bipolar. En los episodios típicos, la persona tiene una marcada pérdida del interés e incapacidad de disfrutar las cosas, disminución de la vitalidad que conlleva a reducir sus actividades acompañado de cansancio exagerado el cual aparece ante el mínimo esfuerzo. La disminución de atención, confianza, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, pensamientos suicidas, pérdida del apetito y trastorno del sueño también pueden estar presentes en cualquiera de las clasificaciones. Es prudente mencionar que solo en el episodio grave con síntomas psicóticos existe una alteración de la percepción cuyo contenido está asociado a los síntomas antes mencionados (World Health Organization, 2018).

Pichon Rivière propone a la tristeza como la enfermedad básica de la cual se originarían el resto de patologías mentales, realiza una clasificación sobre la depresión en función de etapas de desarrollo como la *protodepresión*, la cual surge de la pérdida que el bebé vivencia al abandonar el claustro materno, en cambio, la *posición depresiva del desarrollo*, surge del duelo o pérdida ante el conflicto ambivalente por una integración del yo y del objeto. Por otro lado, el autor también señala que eventos de frustración o pérdida ocasionados por diversos factores, desarrolla una patología como es la categorización de la *depresión de comienzo desencadenante*. La *depresión regresional* por su parte explica

como su nombre lo menciona, una regresión a puntos disposicionales anteriores, típicos de la posición depresiva infantil y su elaboración fallida. Finalmente, la *depresión iatrogénica* hace referencia al desencadenamiento de esta patología a consecuencia de procesos de corrección o procesos psicoterapéuticos (Cazau, 1981).

1.2.6. Tratamiento

La psiquiatría manifiesta que la depresión mayor es un trastorno complejo, por lo cual se busca integrar varios aspectos y modelos que promuevan una adecuada recuperación del paciente. El reforzamiento de factores ambientales como su red social y de apoyo, reducción de situaciones de castigo e indefensión, estimulación de actividades placenteras para el paciente, programas de activación conductual como actividades laborales, seguimiento de un proceso psicoterapéutico, son algunas de las herramientas que se manejan desde la Psiquiatría para afrontar el trastorno, sin embargo pueden ser usados otros métodos (Caballo, Salazar, & Carroble, 2014).

Los medicamentos estabilizadores del ánimo, representan los tratamientos farmacológicos más recetados en el mundo, los mismos que tienen un periodo de varias semanas para generar el efecto deseado en el paciente. En la actualidad se utiliza con frecuencia fármacos como: *citalopram*, *sertralina* o *fluoxetina* que pertenecen a los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) los cuales tienen menores efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos como la sedación, aumento de peso, estreñimiento, problemas de visión, memoria, entre otros (Pérez, et al. , 2017).

Si mediante el uso de medicamentos como los antes mencionando no se observa una mejoría en el paciente, se potencia el tratamiento con compuestos como el litio, antipsicóticos atípicos, terapias más fuertes como la electroconvulsiva, estimulación del nervio vago, estimulación cerebral profunda, entre otros (Caballo, Salazar, & Carroble, 2014). Beck con respecto a los medicamentos, menciona que la prolongada ingesta de fármacos antidepresivos puede incidir negativamente e indirectamente en emplear recursos psicológicos propios para afrontar la depresión (Beck, et al., 2002).

El modelo cognitivo conductual comprende al ser humano como un sistema de información, es decir que similar a un ordenador la recepta, procesa y clasifica. Posteriormente, en función de las experiencias previas almacenadas, se asigna un

significado a los nuevos estímulos, es allí justamente donde radican los problemas del ser humano, y, por tanto, el de la depresión también. A consecuencia de pensamientos irracionales emitidos por la persona, se consolidan aquellos que generan y desencadenan la depresión. por tanto, la finalidad del tratamiento desde este enfoque tiene como objetivo analizar y racionalizar dichos pensamientos errados. (Cazau, 1981)

Albert Ellis (1980), creador de la terapia racional emotiva, pensaba que los seres humanos al obtener una capacidad única de lenguaje, la cual el resto de animales no posee, pueden establecer símbolos, los cuales están atravesados por emociones. Por tanto, puede suceder que dichos símbolos estén asociados a emociones y estén generando el apareamiento de la depresión, además, el autor señala que la ambigüedad de las ideas que atraviesan las emociones son la causa del mantenimiento de ideas irracionales. De tal forma, promover por medio de la terapia que la persona con depresión sea consciente de lo irracionales que son sus ideas, representa el puente para el cambio de aquello que genera sufrimiento (Ellis, 1980).

Moffatt (2011), propone las terapias de *mutación*, las cuales permiten llevar al paciente a una catarsis con alta carga emocional. El autor acuña el termino de técnicas *mutacionales* haciendo referencia aquellas que desencadenan el *insight* y ocasiona una mutación o fractura en el sistema de la enfermedad, es decir, por medio de las mismas, se crea una vía para concebir nuevas herramientas que permitan al paciente afrontar las angustias más arcaicas. Las técnicas como psicodrama y el ensueño dirigido son dos importantes instrumentos de profundidad, verdaderas maquinas del tiempo que como menciona el autor, permiten *re-vivir* la escena temida con aquella carga emocional de la escena original, es decir de aquello que desencadeno el estado depresivo actual del paciente.

El psicodrama por su parte tiene la intención de imitar, evocar e imaginar la vida, permitiendo mediante la espontaneidad, rescatar la evanescencia del transcurrir, y, además poder planificar y controlar de lo que vendrá en un futuro. El ensueño dirigido en cambio, proviene de la vieja hipnosis, es decir la utilización de imágenes internas del paciente para indagar sobre lo que se encuentra alejado de la consciencia, del presente. La finalidad es

que por medio de la relajación se atenúe el miedo y se cree una vía para que afloren las imágenes internas a la consciencia (Moffatt, 2011).

Hacia el final de la terapia lo que se espera es que el paciente por medio de la ayuda del terapeuta pueda concebir que lo inexplicable logró tener una explicación, que solo quedan circunstancias dolorosas y placenteras pero reales, no imaginarias como lo que produjo la depresión, donde el presente se vive como parte de una historia comprensible, de forma autónoma donde se permita sentir placer y dolor. Lo que garantiza este proceso es la sensación de posibilidades de vida que refleja el paciente sobre su vida (Moffatt, 2011).

Capítulo 2: Proceso desmanicomial

El presente capítulo tiene como objetivo centrarse en el ámbito psicológico mostrando la diversidad de técnicas existentes desde varios enfoques de la Psicología en cuanto al abordaje de pacientes con trastornos mentales graves, como lo son la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor. Posteriormente se realizará énfasis en el campo comunitario como un eje importante en el desarrollo de este trabajo de disertación. Finalmente se explicará el funcionamiento del emprendimiento *Huertomanías* el cual corresponde al espacio elegido para desarrollarse este trabajo.

2.1. Terapéutica Antipsiquiátrica

La terapéutica antipsiquiátrica tiene como objetivo poder demostrar las distintas alternativas de tratamiento que existen en torno a la Psicología como un complemento del tratamiento psiquiátrico, y que tienen un efecto positivo en el paciente y su enfermedad mental. Además, es importante mencionar que dichas alternativas de tratamiento están amparadas bajo un constructo teórico que sustenta el abordaje clínico y al mismo tiempo su eficacia. Por tanto, a lo largo de este capítulo se recopilará algunas de las diversas técnicas terapéuticas que proponen diversos autores, centrándose en la esquizofrenia y el trastorno depresivo grave como los trastornos elegidos para el presente trabajo de disertación.

2.1.1. Psicoterapia existencial

La idea principal de la psicoterapia existencial es la búsqueda de la clarificación de los modos de involucramiento, campos de intersubjetividad y de comunicación que están en interacción con el mundo del cliente, promoviendo así la experiencia unificada de la persona y por el contrario, evitando influir en el cambio de su estructura intrapsíquica, encaminándolo bajo aquellos modelos restrictivos que tienen como objetivo ubicarlo en tipos o categorías diagnósticas que promueven la reducción y su contemplación fragmentada (Martínez Ortiz, 2014).

Se centra en la exploración de la forma particular de ver la vida, el mundo y a sí misma a la persona. La meta es ayudarlo a establecer lo importante para ella y así pueda comenzar a sentirse más sintonizada consigo misma e incluso más real y viva (...) Mucho de lo que ha dado por hecho es re-

examinado a la luz de la búsqueda de la verdad sobre la vida (Van Deurzen en Martínez Ortiz, 2014, p. 13).

La relación igualitaria entre el cliente y el terapeuta constituye el elemento base para esta técnica, pues el terapeuta es quien coloca su objetivo en el mundo del cliente, animándolo a que este encuentre sus propias respuestas y formas de ser en la vida, siendo el foco representativo. Emmy van Deurzen quien desarrollo esta técnica, señala que es necesario analizar las diferentes dimensiones de *ser-en-el-mundo* del autor Binswanger, es decir el *Umwelt*, *Mitwelt*, *Eigenwelt* y *Überwelt* ⁴ los cuales se busca generar conciencia de los mismos y generar alternativas en que se puede enfrentar los diversos problemas (Martínez Ortiz, 2014).

El *Umwelt* es la dimensión física de la persona, su relación con el mundo material y su naturaleza, incluyendo aspectos como el biológico, químico, fisiológico, entre otros. Dicha relación está atravesada por las leyes de la física, generando tensiones y una constante lucha entre el deseo de control o dominio de dichas leyes junto a sus elementos y la necesidad de aceptar las limitaciones y restricciones. El trabajo del terapeuta por tanto es la exploración e identificación detallada de la relación del cliente con sus posibles paradojas o polaridades, como la seguridad/inseguridad, aceptación/dominación entre otras, logrando hacer consciencia sobre sí mismo, su existencia y su perspectiva de vida (Martínez Ortiz, 2014).

El *Mitwelt* es la dimensión social del ser humano, la interacción con sus pares, la forma de responder frente la cultura, nivel socioeconómico, instituciones políticas, religiosas, la ley, entre otros grupos donde existe una marcada importancia al lenguaje y el nivel de comunicación que se expresa por medio de los roles que se adopta para las relaciones interpersonales. Las emociones y los sentimientos son el factor principal ante las experiencias relacionales con el mundo, por tanto, es importante realizar una reflexión y análisis sobre el lugar que ocupan estos aspectos en la vida del cliente.

Existen cuatro roles que se suelen adoptar al momento de relacionarse, la *dominancia* que se caracteriza por ganar autoridad sobre otros, la *sumisión* donde la

⁴ Traducción: *Umwelt* (medio ambiente), *Mitwelt* (entorno social), *Eigenwelt* (mundo propio) y *Überwelt* (más allá del mundo)

persona encuentra como estrategia volverse indispensable para el otro y así encontrar sus propios mecanismos de dominancia, la *evasión* que surge como escape ante la competencia entre dominancia y sumisión adoptando un rol de espectador y la *colaboración* un cuarto rol que no es común y es el más deseado pues evita la competencia y promueve una relación más íntima y/o cooperativa (Martínez Ortiz, 2014). El entender estos roles mencionados permite una comprensión sobre la forma de relacionarse del cliente, de su *ser-en-el-mundo-con-otros*. El trabajo del terapeuta por tanto es identificarlos y además explicar que no existe una salida ni respuesta definitiva, sino más bien una elección situacional, una forma de responder a los dilemas existentes en diferentes momentos de la vida y polaridades como la aceptación/rechazo, soledad /compañía, entre otros (Martínez Ortiz, 2014).

El *Eigenwelt* es la dimensión psicológica que refiere a la relación de la persona consigo misma y con aquellas que están involucradas en la esfera de la intimidad, incluye principalmente el autoconcepto y autoestima, aspectos que componen la identidad y las expectativas a futuro. La exploración de esta dimensión gira en torno a una evaluación de la autenticidad, angustia frente al compromiso, depresión, duelos, sueños, y otros elementos que forman parte del *ser* de la persona. Esta dimensión no es estática, sino más bien está en constante movimiento y transformación, en un proceso de *co-construcción* del *self* ⁵. El trabajo del terapeuta aquí por tanto es ayudar al paciente a integrar su sentido de *self*, su identidad, lo que él considera que es y lo define, es decir su forma de relación consigo mismo y que puede generar malestar (Martínez Ortiz, 2014).

Finalmente el *Überwelt* que es una dimensión añadida por Deurzen, explica la relación de la persona con los significados y sus sistemas, con aquello desconocido, lo que se puede denominar la filosofía personal de vida, con asuntos políticos y de ideología, por eso también es conocida como la dimensión espiritual, es decir que se ubica bajo un sistema de creencias preestablecidas y no necesariamente religiosas, que, influyen en la existencia e involucramiento de la persona en la vida, llegando a preguntarse por el sentido de la misma, como menciona la autora “de ello depende en gran parte la manera como nos

⁵ Traducción: *self* (Yo)

sentimos y experimentamos cotidianamente, ya que forman parte de nuestro sistema a través del cual le damos sentido y significado (o no) a todo” (Martínez Ortiz, 2014, p. 20).

Existen otros elementos importantes a ser mencionados como los *valores*, que indagan lo que realmente la persona valora, la importancia que representa en ella y por lo que está dispuesta a vivir o morir, por tanto el terapeuta busca explorar minuciosamente mediante cuestionamientos el *ser-en-el-mundo* de esta persona. El misterio, que es el motor que impulsa constantemente a la persona a buscar su sentido de vida, pues no es posible un conocimiento finito y concreto en el ser humano. En este punto aflora la función del terapeuta como un acompañante en la búsqueda de respuestas ante el sentido de vida de la persona, evaluando su utilidad y en que medida esto le permite vivir confortablemente. Estos elementos mencionados están interrelacionados y se sobreponen continuamente, la finalidad de la terapia existencial es tomar en cuenta todas las dimensiones en la exploración de la persona, logrando comprenderlas a profundidad, identificándolas y ofreciendo respuestas ante los dilemas que se presenten (Martínez Ortiz, 2014).

2.1.2. Psicodrama

El psicodrama es una técnica psicológica creada por Jacob Levy Moreno y la define como una técnica global que está integrada por el cuerpo, las emociones y el pensamiento, haciendo hincapié en que la acción corporal tiene efecto sobre el resto de componentes. El concepto hace referencia a la representación de forma dramática y espontánea del encuentro entre personas, indagando una temática problemática que esté aquejando a determinado paciente en un determinado momento de su vida, planteando así la posibilidad de encontrar una solución a través de la espontaneidad y la libertad que brinda el determinado grupo (Lombardo & Vaimberg, 2015). “Es como una ciencia que explota la verdad, logrando modificar síntomas” (Lombardo & Vaimberg, 2015, p. 56).

Es una propuesta que logra romper con los esquemas establecidos a lo largo de la historia de la psicología en diversos enfoques o escuelas, donde se proponía una relación tradicional paciente – terapeuta. El autor diferencia esta técnica del sociodrama que tiene como fin resolver conflictos relacionales entre un grupo de personas y del *role-playing* que no tiene una finalidad terapéutica, sino más bien didáctica. Puede ser empleada tanto en individuos neuróticos como psicóticos. Existen otros conceptos que son importantes al

momento de entender esta técnica, como la espontaneidad que es clave para el autor pues es el potencial inconsciente a través del cual se expresan las emociones. La creatividad, el rol, la atmosfera, la expresión corporal y la idea del momento también se suman a la comprensión del mismo (Lombardo & Vaimberg, 2015).

Los agentes que intervienen en el proceso son el director, quien conoce de la técnica y direccionará toda la actividad, el protagonista quien es el centro de atención en el psicodrama y quien elige además la situación a representar. El doble, que es el auxiliar principal del director y actúa como voz y psique del protagonista, tomando en cuenta sus ambivalencias, dudas, problemas, entre otros; teniendo la sensibilidad suficiente para poder identificarlas, siendo su apoyo físico y moral. Los *yoes auxiliares* que son los miembros que representa los roles de la situación del protagonista (Lombardo & Vaimberg, 2015).

Existen tres grandes momentos en la aplicación de esta técnica, el calentamiento, la acción, y la participación, cada una con sus respectivas características que permiten de forma encadenada llevar a cabo la técnica. El calentamiento tiene como objetivo realizar una preparación previa a la actuación en el director, el grupo y el protagonista, logrando incentivar la espontaneidad y la creatividad antes mencionadas, para alcanzar este fin se puede emplear estimulantes físicos y corporales que disminuyen la tensión y rigidez o estímulos mentales como discusiones, sueños o imágenes que además proporcionen la cohesión de grupo y su confianza. Este momento termina cuando se ha logrado seleccionar al protagonista (Lombardo & Vaimberg, 2015).

El segundo momento es la acción, en la cual el director de forma personal realiza un calentamiento con el protagonista; posteriormente en el escenario y frente a todos los participantes, lo entrevista sobre el sentimiento o inquietud que tiene en el presente, en su *aquí y ahora*, sin realizar diagnósticos y analizando todas sus conductas. El protagonista adaptará el lugar acorde a la situación elegida, comentará sobre las personas implicadas y elegirá de entre los participantes quienes representarán dichos roles logrando de sea de la forma más realista y dinámica. Se empieza reviviendo dramáticamente escenas del pasado, permitiendo al protagonista darse cuenta del mal funcionamiento emocional y conductual y al mismo tiempo elaborando opciones de solución, mientras los participantes bajo su nivel de creatividad también lo realizan (Lombardo & Vaimberg, 2015).

Frente a todas las opciones existentes, se realiza lo que el autor denomina *modelar*, es decir, volver a poner en escena la solución que más se apega a la realidad de vida y personalidad del protagonista. Finalmente, el director por medio de la actuación de una situación crítica futura que esté conectada con la conflictiva actual, explora si se produjo la *Realidad Surplus*, lo que Moreno denomina al aprendizaje adquirido para futuros conflictos. La participación es la tercera parte, en la que tiene como objetivo integrar al protagonista y el grupo, incentivando una catarsis grupal, creando un sentimiento de identificación. De forma verbal los participantes comparten aquellas experiencias que les hizo recordar la actividad realizada sin realizar ningún tipo de análisis (Lombardo & Vaimberg, 2015).

Flores Sierra, (2015) menciona la experiencia del trabajo en un hospital psiquiátrico con personas esquizofrénicas mediante la técnica denominada *reconstrucción histórica*, la misma que se ubica dentro del psicodrama. Se proponía desarrollar varias escenas en la vida de la persona, muchas veces dentro de la psicosis, lo que promovía la reconstrucción de su YO, el cual durante mucho tiempo ha estado desintegrado, realizando así un reencuentro con su vida misma. En este espacio, la persona podía reconocer al resto de participantes como parte de su experiencia vital y estos a su vez recocian que dicha experiencia estaba muy cercana a su realidad, disminuyendo la brecha que separa la locura de la cordura.

Otra técnica que menciona el autor es el deliriodrama, la cual diverge del psicodrama por tener como característica principal la dramatización de una experiencia delirante, en la cual se velaba por el constante vínculo con la realidad del protagonista, logrando así representar los síntomas que promovieron su internamiento, estimulando que este logre “reconocerse a sí mismo, sus miedos, sus represiones, sus defensas, su *ser-en-el-mundo*, su propio delirio” (Flores Sierra, 2015, p. 20). Además, existía la premisa de que el síntoma psicótico al igual que el del resto de personas, no puede expresar su contenido psíquico por una vía adecuada, por tanto, puede llegar expresarse de forma patológica como en la esquizofrenia por medio de los delirios o alucinaciones, de esta forma, mediante su desarrollo, se lograba encontrar las representaciones en la vida del paciente, dejando así de estar alienado, pudiendo darle un sentido y un destino a su delirio (Flores Sierra, 2015).

Además de las experiencias mencionadas existen otras de igual importancia realizadas en el Hospital de Neurociencias en Guayaquil y Borda en Argentina, donde la importancia está en darle un lugar que valide al paciente psiquiátrico logrando desarrollar sus habilidades y competencias.

2.1.3. Intención Paradójica

La intención paradójica es una técnica a corto plazo desarrollada por Frankl y ubicada dentro de la logoterapia. Consiste en cambiar la actitud del paciente frente a su síntoma por medio de la movilización del *antagonismo psicoonético*, lo que el autor denomina a la capacidad humana de autodistanciamiento. Existen factores como la individualidad del paciente y la personalidad de terapeuta los cuales son importantes al momento de aplicarla. Lejos de restar importancia de la técnica, el autor menciona que lo realmente esencial es el encuentro relacional entre paciente-terapeuta (Frankl, 2003).

En el marco existencial de este enfoque, se ha desarrollado esta técnica puntual para tratar los estados obsesivos, compulsivos y fóbicos bajo la premisa de que estas se deben a un aumento de angustia y compulsión a evitarlas. (Frankl, 2003). Además, Castanedo, (2008) menciona que terapias alternativas como la intención paradójica, tienen una efectividad plausible en aplicaciones con familias esquizofrénicas, pues están generando un cambio en su conducta que beneficia el sistema global en el que se encuentra el esquizofrénico.

El autor explica que el ser humano de forma innata busca el placer de forma intencional, pero este no puede obtenerlo dentro de la categoría de intención directa, sino más bien lo obtiene como efecto secundario de otros acontecimientos, por tanto, mientras más se pretende alcanzar el placer, menos se lo obtiene. Aquí aparece la *derreflexión*, uno de sus conceptos más importantes, donde se explica que el someterse a pensar excesivamente en la finalidad de obtener placer, solo provoca que este se extinga, se refuerza el efecto contrario del deseado, la disminución de placer. Ante esto, el autor dirá que el no motivar los pensamientos para la obtención de un fin es lo que se buscará hacer dentro de la intervención terapéutica (Frankl, 2002).

Frankl, (2002) señala al sentido del humor o la comicidad, el cual sirve como un importante refuerzo de la intención paradójica, pues mediante el uso del mismo el paciente

al proponerse escenificar e intensificar su malestar, será consciente de lo ilógico que resulta el mismo. El sentido del humor es inherente a los humanos, además, otros autores como Lazarus, (1999) respaldan la idea de la comicidad, pues menciona que el elemento esencial de la técnica de Frankl es la evocación deliberada del humor.

Lo cómico se entraña dentro del autodesprendimiento, por tanto, de esta forma el hombre al ser capaz de bromear acerca de él mismo es capaz de ridiculizar sus miedos u obsesiones. “A medida que el foco de esfuerzo pasa del conflicto a objetivos desinteresados, la vida en general se vuelve más sana, aun cuando la neurosis no pueda desaparecer del todo” (Frankl, 2003, p. 163). Finalmente el autor menciona que la intención paradójica es considerada como aliviadora del síntoma pues logra una coherente relación entre el Yo, Ello y Superyo (Frankl, 2002).

2.1.4. Los cuatro pasos

Moffatt propone la técnica de los cuatro pasos como una alternativa de intervención en crisis en momentos en los que la persona puede llegar a tener lo que él denomina una *perturbación mental*, adquiriendo un sentimiento de soledad y parálisis del tiempo, en el cual se ha perdiendo aquel vínculo que le permitía visualizar a futuro. Esta técnica puede ser utilizada en momentos de desequilibrio en personas tanto con esquizofrenia como con depresión mayor. El autor manifiesta que la finalidad de este proceso es generar autonomía mediante el uso de maniobras adecuadas en su debido momento, haciendo un importante énfasis en el orden de su aplicación, pues de lo contrario se puede terminar malogrando la experiencia (Moffatt, 1982).

En el primer paso llamado *contención*, se realiza un acercamiento que permite una conexión psicológica con la persona, ya que como el autor menciona, no siempre la cercanía física da cuenta de esto, pues una mirada y actitud de escucha autentica puede crear un ambiente de aceptación y de escucha genuino. “Yo te comprendo desde mi desesperación y te curo desde mi esperanza” (Moffatt, 1982, p. 67). Este espacio es necesario para generar confianza y lograr el acercamiento al aspecto de la existencia de la persona que está generando malestar, aquel lugar lastimado de su historia. En ocasiones puede hacerse presente una fobia al encuentro por medio del empleo de resistencias, pues no es fácil aceptar al otro, más aún si este es percibido como peligroso. Frente a esto se

hace uso de la *resonancia emocional*, es decir, reflejar en la otra persona que no es la única que ha tenido momentos difíciles, logrando ponerse en sus zapatos, velando por las mejores opciones que puedan ser útiles para esa persona en particular con la que se está conectado (Moffatt, 1982).

“El síntoma es consecuencia de un traumatismo, que, al no ser explicado, surge como una conducta conflictiva, como somatización o fobias” (Moffatt, 1982, p. 71). Esta cita refiere la importancia del segundo paso que es la *regresión*, en el cual, luego de estar contenida la persona, puede mostrar y enfrentar sus fantasmas internos, Moffatt menciona que el nivel de profundidad de conexión creada en el primer paso sirve de referencia para dimensionar lo lejos que se puede llegar en los recuerdos de la persona, evocando una catarsis que puede ser de dos tipos: el llanto y la ira. La *regresión* se puede realizar mediante varias técnicas como en el *ensueño dirigido*, donde de forma paulatina y con soporte del terapeuta, se sugestiona a la persona a que visualice momentos de su pasado. La relajación muscular es un componente que favorece la experiencia, pues mediante diversas opciones, se busca obtener un estado crepuscular de conciencia. Los aspectos antes mencionados sirven para crear un ambiente que permita empezar la entrevista sobre el malestar del paciente, y al estar en dicho momento, el terapeuta propone realizar cambios en la experiencia que permitan enfrentar aquello que genera malestar (Moffatt, 1982).

Pichon Rivière menciona: “la muerte está tan lejos como grande es mi proyecto” (Moffatt, 1982, p. 73). Dando pasó así al tercer paso que es la *explicación*, donde se organiza un proyecto de vida. Con la regresión lo que se obtuvo es que la persona logre apalabrar y organizar su situación traumática, luego el terapeuta busca que la persona se encargue de dirigirlo hacia un objetivo mediante la explicación, la cual permite organizar y estructurar el proyecto de vida, entender el problema y hacerse cargo de él, realizando una progresión que genera un futuro. Para Moffatt la depresión es la falta de un sentido de vida pues la persona no puede plasmar a futuro su vida (Moffatt, 1982).

Finalmente, el cuarto paso es el *cambio*, el cual luego haber elegido y construido el sentido de su vida, tiene que ponerlo en práctica, saliendo de aquello que le produjo esa paralización. El proyecto se dirige a otro y por tanto la trama social está implicada en su totalidad por medio de dos tareas elementales: amar y trabajar, anudado a un núcleo

familiar y laboral. El uso de lo que se denomina las *estrategias posibles*, lo que va en función de la necesidad de reingresar a lo real y social, es decir hacer uso de los recursos que tiene cada persona para organizar su vida cotidiana. Esto es importante pues ayuda a evitar conductas *ambivalentes*, que se hacen visibles al no lograr descubrir lo que se desea y lo que se teme, la creatividad sirve además para hallar otras formas de vincularse (Moffatt, 1982).

2.1.5. Arteterapia

Montaño, Nieto, & Mayorga, (2013) mencionan que las técnicas de carácter expresivo tienen como fundamento el uso de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales y no verbales como el corporal, musical, escénico, entre otros que complementan diversos dispositivos terapéuticos. Un claro ejemplo es Carl Jung, quien promovió la producción artística como complemento de un proceso terapéutico por medio de la creación de mandalas, una composición de figuras geométricas concéntricas en diferentes niveles que lograban representar la totalidad y la integridad de la persona, siendo además un modelo en el que se represente la estructura y significación organizativa de su vida.

Aránguez & Del Río, (2010) mencionan que dentro de la arteterapia se pueden encontrar tres ejes fundamentales de trabajo, en los cuales se explica el proceso terapéutico y sus variantes. Proponen que antes de empezar este proceso es importante tener en cuenta que la actividad artística es un modulador de las características individuales del sujeto como rasgos de personalidad, mecanismo defensivos y adaptativos entre otros; por tanto, en cada eje el paciente realiza un vínculo que le permite realizar dinámicas creadoras de transformación y de cambio, realizando una internalización del proceso de creación y por ende un proceso de maduración personal, que aporte al tratamiento integral del paciente. El enfoque que se brinda a esta técnica y su implementación, es lo que lo diferencia de la terapia ocupacional, que como su nombre lo expresa tiene como objeto ocupar al paciente.

El primer eje es el espacio de *creación* donde se destaca que es un lugar donde se puede explorar y dar sentido a aspectos de la vida de los pacientes, donde se pueden realizar desplazamientos metafóricos por medio de todos los recursos como el tiempo, espacio, materiales, entre otros, que remiten a una experiencia real. La representación de la

obra conlleva a una elaboración verbal *a posteriori*. Este eje también hace presente un espacio de transferencia, donde la carga existente en la relación paciente-terapeuta es depositada en la obra, favoreciendo a vehicular emociones que pueden llegar a ser intensas. El papel del terapeuta es la de un interlocutor fiable, el cual, al estar desprovisto de juicios de valor, es capaz de generar interacción y movimientos creativos que faciliten la integración y resignificación de la experiencia (Aránguez & Del Río, 2010).

El segundo eje hace referencia al *lenguaje artístico*, el cual dilucida la repercusión que existe en pacientes introvertidos y/o con déficits de comunicación o de carácter cognitivo dentro del lenguaje verbal, pues existe una dificultad para establecer un vínculo terapéutico. Mediante el mismo, los pacientes logran encadenar su discurso, tomando forma y permitiendo expresar su mundo por medio del material sensorial y formal, un discurso desde lo *háptico-visual*, una vía en la que se puede simbolizar a partir de la experiencia con textura, color, tacto, que tiene la capacidad de generar y sostener desplazamientos afectivos que benefician el cambio y control. De esta forma el lenguaje artístico se convierte en un elemento intermediario que facilita la interacción donde el terapeuta guía al paciente otorgándole el espacio y la libertad necesaria para que este pueda implicarse con su obra (Aránguez & Del Río, 2010).

El tercer eje está constituido por las *operaciones*, donde se explica la existencia de pacientes que tienen una gran destreza verbal y al mismo la utilizan en el canal artístico, desarrollando así un producto con mayor simbolización, es decir, el contenido que estaba predispuesto como una idea, se ve plasmado en la obra, a tal punto de poder convertirse en literales, implicando un riesgo por el nivel de exposición que implica, pues se puede estar plasmando a forma de catarsis el malestar del paciente, representando una extensión del mismo. En estos casos la mejor opción es apegarse al rol de artista del paciente, alejando la idea plasmada de la obra, con la finalidad de abordar esta idea en otro espacio más controlado, donde existan los recursos necesarios para tramitar este malestar, y siendo así la arteterapia un medio de identificación del problema (Aránguez & Del Río, 2010).

2.2. Terapia Comunitaria

La Psicología comunitaria surge en Estados Unidos ante la inconformidad y limitaciones de psicólogo clínico y su orientación en el campo de aplicación, el de la salud

mental. El momento histórico marcado por antecedentes socio-políticos promovieron a que se desarrollen movimientos en pro de los derechos civiles, humanos y de inclusión de aquellos sectores que habían estado segregados por mucho tiempo, influyendo por tanto en la creación de una psicología que logre tener una aplicación en dichos sectores (Valdeiglesias, 2005). Entre los factores que se promulgaban se encontraba: “el desencanto de la psicoterapia, el rechazo de los conceptos y roles ligados al modelo médico de la salud mental, la responsabilidad social del psicólogo en relación con la salud mental y los problemas psicosociales” (Valdeiglesias, 2005, p. 3). Además, Rappaport y Seidman en Valdeiglesias, (2005) proponían un modelo educativo donde los psicólogos expertos en consejería junto a otros con menor experiencia, realizaran trabajos educativos comunitarios, generando alivio ante los problemas y prevención frente a las dificultades existentes.

La Psicología comunitaria se define “como aquella que trata de la comunidad y es realizada con la comunidad” (Montero, 2004, p. 67). Haciendo mayor énfasis en la característica fundamental de la misma mediante el rol activo de la comunidad y su participación, siendo el actor principal, teniendo voz y voto, pues de lo contrario se podría estar hablando de una aplicación asistencial donde puede tener lugar en la comunidad, pero queda excluido dicho rol activo. Entre las características más importantes de la Psicología comunitaria se encuentran: la inquietud ante los problemas del funcionamiento humano junto a la prevención de trastornos más allá del interés tradicional, la investigación por medio de lo interdisciplinario ante la exigencia del campo de acción. Por medio de lo antes mencionado se puede anudar que el objeto de esta psicología está determinado por la transformación desde la propia comunidad mediante la incorporación de elementos como la salud mental y comunitaria, los aspectos culturales, políticos, religiosos, económicos, avances científicos, entre otros que tienen debate *in situ*, es decir en la comunidad (Montero, 2004).

2.2.1. Participación y Compromiso

Dentro del que hacer de la Psicología comunitaria existen dos conceptos claves que entrelazan el proceso de intervención que se realiza en una comunidad determinada. La participación es el primer concepto, que como menciona la autora, al tener un uso común y de forma cotidiana, su definición se vuelve compleja, pues sus significados aumentan en

función del uso que se emplea dicho termino. Por tanto, se proponen tres características del término que ayudan dilucidar su objeto: La ejecución o involucramiento en algún acto o fenómeno social en el cual otras personas estén presentes de la misma manera, la participación de terceros en hechos o acontecimientos, informándoles e introduciéndolos de alguna forma en conocimiento o acciones concretas y finalmente, el compartir con otras personas ciertas circunstancias y emociones. Estas características denotan además la importancia de la presencia mediante un rol activo de la comunidad y sus diversos actores. Además, como complemento la autora mediante la siguiente cita define la participación como “un proceso organizado, colectivo, libre incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias individuales” (Montero, 2004, p. 229).

Dentro de los beneficios que se puede observar a consecuencia de la participación se encuentran los efectos socializantes que al mismo tiempo generan pautas de acción, la capacidad de generar conciencia, la capacidad de promover la colaboración y solidaridad, creación de una vía de comunicación horizontal entre participantes y el fortalecimiento de la comunidad. Además, dentro de los alcances se puede apreciar el efecto político que se genera al desarrollar e inducir una sociedad civil consciente, con responsabilidad social, velando de esta forma por uno de los objetivos sobre los cuales se ejecuta las actividades de la psicología comunitaria, la prevención (Montero, 2004).

Jariego (2004) menciona que existen algunas dificultades en lograr la participación en el trabajo comunitario. El primer punto es la tendencia política en el transcurso del proceso, esto puede llevar a que toda la comunidad por oposición o cercanía a cierto pensamiento político decida participar. Otro punto que señala el autor es la contradicción entre las costumbres que han permanecido por mucho tiempo en la comunidad, frente a los que se propone plantear como parte de la intervención con la comunidad. Finalmente el autor rescata la interacción solidaria y los espacios de aprendizaje como el principal objetivo de la participación dentro del desarrollo de la comunidad.

El compromiso es el segundo concepto que aporta al proceso de la psicología comunitaria, al igual que la participación, la concepción de este término es compleja por su

diversidad de uso, sin embargo, la autora lo define como “la consciencia y el sentimiento de responsabilidad y obligación respecto al trabajo y los objetivos de un grupo, comunidad, proyecto o causa que conduce a la persona a acompañar, actuar y responder ante ellos por las acciones llevadas a cabo” (Montero, 2004, p. 236). Mediante esta definición se hace énfasis en la motivación que estimula a la resistencia por la decisión de alcanzar un fin, la relación respecto de aquella temática que se considera valiosa, digna y necesaria. Es prudente diferenciarla del voluntariado, el cual no denota el nivel de involucramiento que requiere el compromiso, además, el carácter crítico, es una característica vital en este punto, ya que implica una reflexión teórica y toma consciencia de lo que se está realizando, siendo una parte más de este proceso, pues de lo contrario, el experto o especialista del tema es posicionado como el personaje del supuesto saber superior, ocasionando una relación verticalizada donde él, es el único que decide que hacer y lo que se pretende conseguir es una relación horizontal, donde las decisiones tomadas son consensuadas (Montero, 2004).

Jariego (2004) con respecto al compromiso menciona tres ejes importantes en los cuales se debe tener mayor cercanía. El primero es la respuesta colectiva, es decir, evaluar la reacción que está teniendo la comunidad frente a los cambios que se están realizando. En segundo lugar, menciona analizar la necesidad de intervención de agentes internos o externos, pues en ocasiones la comunidad se siente más cómoda si sus mismos miembros son quienes ejecutan la acción. Lo que se espera en estos casos es poder capacitar a los líderes de la comunidad quienes serán sus principales portavoces. El tercer eje menciona la idoneidad de ejecutar las acciones en función de un previo estudio de la comunidad. Finalmente el autor resalta la importancia de la motivación como suministro de resistencia y fuerza en la toma de decisiones para lograr un fin.

Aquí radica uno de los aspectos más importantes de la temática de esta tesis, es decir, proponer realizar un proceso complejo enmarcado en la psicología comunitaria, donde toda la comunidad y sus diversos actores como familiares, médicos, población, entre otros, estén al tanto de lo que representa una enfermedad mental grave como la esquizofrenia o el trastorno depresivo grave, siendo parte del mismo, comprendiendo las especificidades que se requiere, y al realizarla, poder romper con aquellos mitos o complejos que se formaron en torno al mismo, en torno a su desconocimiento, y lo más

importante, la generación de soluciones desde dichos actores, siendo el entorno en el cual se va a desenvolver el paciente psiquiátrico, como una propuesta ante el encierro de los mismos.

Lejos de desestimar el ejercicio profesional de la Psiquiatría, sinó más bien con el objetivo de ampliar la capacidad de acción del mismo sobre los pacientes, se busca descentralizar la atención perdurable que ha tenido la psiquiatría en el manejo de pacientes psiquiátricos, pero esto es posible realizarlo mediante un proceso multidisciplinario y organizado que garantice su cumplimiento efectivo, creado y ejecutado en la comunidad. Montero, (2004) señala que existe una relación codependiente entre el compromiso y la participación, pues a mayor compromiso exitirá una mayor participación y de forma contraria, fortaleciendose recíprocamente.

Dentro del que hacer de la psicología comunitaria se explica que el accionar de los actores externos evitan que se produzcan efectos psicológicos sobre el individuo que puedan llegar a degradarlo y ser al mismo tiempo un genedador de elementos mantenedores de una situación problemática que se este viviendo en la comunidad. Esto se puede evitar por medio de la descripción sistemática de las quejas de las personas para posteriormente estudiarlos y realizar intervenciones que mermen o logren responder las inquietudes surgidas en una comunidad específica. Este mecanismo mencionado supone una consciencia de la totalidad en cuanto al diagnóstico de la problemática, delimitar los objetivos que se quieren lograr en el transcurso del tiempo, definición del rol del psicólogo comunitario como un agente de cambio ligado al descubrimiento de recursos y capacidades, fortalecimiento y puesta en practica, ademas de resaltar el carácter de catalizador o promotor del cambio social del psicólogo (Montero, 2004).

Se puede añadir los roles multiples o modos de ser que debe adquirir el psicologo al entrelazar varias actividades como la intervención, enseñanza, evaluación e investigación (Montero, 2004). “la prevención especialmente primaria, con promoción de conductas consideradas como deseables, la intervención, muchas veces ligada a la investigación con sentido participativo, la investigación y la evaluación” (Montero, 2004, p. 174). Los aspectos mencionados en esta cita, resumen y hacen referencia a las cuatro areas principales del profesional en diversas ramas de la ciencia.

2.2.2. Apoyo social, una intervención comunitaria

La búsqueda de proximidad a otra persona frente a situaciones estresantes, de temor, ansiedad o peligro es una reacción humana natural que tiene como finalidad de mantener un equilibrio y bienestar en la concepción mas amplia de salud. Wasserman y Danforth en Gracia Fuster, (1998) mencionan que el apoyo social representa un fenómeno familiar en un lugar común donde interactua el individuo de forma espontanea. Además se abstrae la idea que determinadas relaciones sociales inducen a reducir y prevenir aquellos efectos negativos a consecuencia del estrés.

Caplan en Gracia Fuster, (1998) menciona que un sistema de apoyo implica la creación duradéra de vínculos sociales que de forma intermitente o continua promuevan el dominio emocional, la orientación cognitiva y de consejo, y a su vez tienen un efecto en el mantenimiento en la integridad tanto psicológica como física por medio de recursos como el *feedback*. Se puede diferenciar la red de apoyo de la red social, ya que la primera hace referencia a un subconjunto donde las relaciones desempeñan funciones de apoyo mientras que la segunda hace refencia a características de tipo estructural de las relaciones sociales. El autor realiza una diferenciación en tres niveles diferentes que denotan los vínculos existentes entre el entorno social, los individuos y su entorno social.

El primero y más extenso hace referencia a las relaciones que se establecen en la comunidad y a su vez es un reflejo de la integración de una estructura social más amplia, pudiendo señalar el grado y extensión con que el individuo se participa y se identifica en su entorno social, mostrando así su sentido de pertenencia. El segundo estrato expone una mayor cercanía al individuo, explica a las redes sociales como un medio para llegar de forma directa o indirecta a un número amplio de personas específicas como relaciones de trabajo, amistad, parentesco que otorgan un sentimiento de vinculación al individuo. Finalmente, y de forma central están las relaciones íntimas y de confianza, este nivel implica un sentimiento de compromiso al producir cambios recíprocos y mutuos, compartiendo el sentido de responsabilidad por el bienestar del otro (Gracia Fuster, 1998).

“Una red social de apoyo adecuada es un componente crucial para la permanencia del enfermo mental en la comunidad” (Gracia Fuster, 1998, p. 171). Sin embargo, existen algunas causas que complican y reducen la asistencia mediante una red social de apoyo. Una

persona no diagnosticada y que por obvias razones no ha tenido procesos de internación, maneja su red social por su permanencia y constante vinculación con la misma, mientras que en los pacientes psiquiátricos, esta red es reducida debido a diversos factores. El autor menciona que en los pacientes existen un 60% de probabilidad de una re-hospitalización esporádica, y además, un 30% que esta sea forma múltiple. El deterioro del manejo de emociones como parte de la enfermedad y efecto de la misma, la cronicidad y la severidad de los síntomas del cuadro psiquiátrico, las intervenciones profesionales de carácter paternalista al interior de la institución psiquiátrica, son elementos que bajo un simple análisis dan cuenta de atenuantes importantes en el deterioro de las redes de apoyo (Gracia Fuster, 1998).

Rodas, Alcantara, & Soriano, (2014) mediante su artículo científico también concuerdan con Gracia Fuster al mencionar que uno de los integrantes de la familia es quien asume el rol de cuidador de aquel que tiene alguna enfermedad mental como la esquizofrenia o el trastorno depresivo grave, además señalan que la falta de orientación y el limitado apoyo social pueden influir en un mal manejo de la patología en dicho entorno. El apoyo social al promover una mejora en las habilidades sociales, influye en la estabilidad emocional y somatomotológica, reducción de hospitalizaciones y por ende en una mejor calidad de vida.

El artículo científico también menciona que existen estudios realizados como el de la revista *Social Psychiatry* (Psiquiatría Social) titulado *Emotional overinvolvement can be deleterious for caregivers' health*,⁶ donde se demuestra que la excesiva carga emocional de los cuidadores informales como enfermeras y más aun de los formales como algún miembro familiar, en función del apoyo social, predice una peor salud tanto en familiares como en la persona con esquizofrenia, afectando también su *funcionalidad familiar*, un término acuñado de la dinámica familia que se ubica dentro de la escuela sistémica de la psicología y comprende aspectos importantes como la *adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución* (Breitborde, S., Chang, & Koperlowicz, 2009).

Es imprescindible mencionar los movimientos que promovían la desinstitutionalización de los centros psiquiátricos, los cuales dieron paso a realizar

⁶ Traducción: El sobre involucramiento emocional puede ser perjudicial para la salud de los cuidadores

actividades diferentes que promovieran un mejor abordaje a los problemas de salud mental, es el caso de Estados Unidos que en los años setenta sus profesionales se dieron cuenta que el apoyo social adecuado repercutía en la mejoría de los pacientes, su adaptación en la vida en comunidad, en la prevención de ingresos inapropiados al hospital por medio de programas alternativos en la comunidad, además del desarrollo de intervenciones preventivas que promovieran la acción social en la comunidad en general (Gracia Fuster, 1998).

La finalidad de la psicología mental comunitaria es justamente la prevención en la comunidad, lograr que la incidencia de descompensaciones en los pacientes sea menor, y mediante la utilización de herramientas el paciente pueda tener control sobre su propia vida, lo que Rappaport denomina *empowerment*⁷. Por tanto, el rol del profesional de la salud mental reside en colaborar y ayudar en conseguir este fin en grupos de personas que han tenido un acercamiento respecto al tema y a grupos que por diversas causas nunca han tenido un acercamiento a la salud mental (Gracia Fuster, 1998).

2.2.3. Integración del enfermo mental en la comunidad

La premisa de la integración del enfermo mental en la comunidad gira en torno a complementar los servicios que recibe el paciente, siendo una parte más que sirve para un abordaje integral del mismo. Además, el autor menciona que la provisión de cualquier método alternativo que se pretenda implementar debe ser continuado a largo plazo, pues es el mejor indicador de la eficacia del mismo. Mediante la integración de estos se pretende deslindar la dependencia del sistema de salud mental por medio de la generación de recursos personales de los pacientes, dejando de centrarse en sus déficits y logrando convertir los problemas en oportunidades para desarrollar dichos recursos, pues son ellos mismos quienes reciben y generan ayuda (Gracia Fuster, 1998).

Existen algunos ejemplos alternativos de abordajes en la comunidad que propone el autor, los cuales denotan el alcance y eficacia que pueden llegar a tener. Los grupos u organizaciones de apoyo a familiares y cuidadores del enfermo mental es un ejemplo. El 84% de personas con enfermedades mentales conviven con sus familias de diferentes modos, este es un dato de importancia que muestra la importancia del trabajo con las

⁷ Traducción: *empowerment* - empoderamiento

mismas, pues es la red mas importante de apoyo para el paciente. Con frecuencia las familias asumen muchas responsabilidades en el cuidado del paciente lo que conlleva tambien altos niveles de estrés, sentimientos de culpa, resentimientos, preocupaciones, depresión; por tanto es importante tambien brindar un soporte a la familia e indirectamente al paciente tambien. El autor menciona varios ambitos que son claves al momento de trabajar con esta población. El manejo de la sintomatología como alucinaciones, pensamientos irracionales, retraimiento social, habitos inadecuados para dormir y comer, cambios de humor, entre otros, hace que el familiar tenga conocimiento sobre él mismo y sepa como actuar frente a ellos, pues uno de los factores que más sorprende a las familias es lo impredecible de estos síntomas (Gracia Fuster, 1998).

Existen otros factores importantes que fortalecen la integración del paciente como evitar el aislamiento de los familiares o cuidadores producto del estigma de la enfermedad mental (generalmente existe una carencia de relaciones sociales), promover el cumplimiento de las necesidades personales de los miembros de la familia, (comunmente la atención se centra en el paciente y su bienestar) y responsabilizar al paciente acerca de temas básicos como su higiene personal o la ingesta de su medicación es importante, pues además se está fortaleciendo la autonomía del mismo (Gracia Fuster, 1998).

En términos generales existe una disconformidad en las familias de los pacientes a causa de la falta de información en cantidad y calidad respecto del diagnóstico, tratamiento y disponibilidad de técnicas y herramientas que promuevan una mejoría visible en el paciente al momento de salir de la institución psiquiátrica, por tanto, ante esta problemática se propone la creación de grupos de apoyo entre familias en las cuales se pueda educar en los temas antes mencionados, crear una función terapéutica al sentirse identificado con personas que atraviesan los mismos inconvenientes y ampliando su círculo social, aquel que a consecuencia de la enfermedad ha sido reducido (Gracia Fuster, 1998).

Panchón, (2017) por su parte menciona que la enfermedad mental está dentro de las cinco primeras causas de discapacidad en el mundo, por tanto es necesario prestarle la atención necesaria. La autora menciona la existencia de un modelo asistencial y organizativo enmarcado en el modelo comunitario que entre sus principios se puede observar la autonomía y recuperación personal del paciente, la accesibilidad a los servicios

entre otros tantos que buscan una recuperación integral, logrando pasar del rol de paciente a un rol de ciudadano, logrando desarrollar una vida normal en comunidad y para lograr muchos de los puntos mencionados anteriormente, la autora señala que el trabajo es el medio para lograrlo, ya que las personas con discapacidad a consecuencia de una enfermedad mental son lo suficientemente capaces de desarrollar un trabajo útil y necesario dentro de la sociedad.

2.3. Proceso Huertomanías

Dubois, (2018) menciona que *Huertomanías* es un emprendimiento social que fue creado para dar empleo a personas con problemas de salud mental, y que bajo estas condiciones han sido rechazadas del mercado laboral. Este espacio tuvo lugar en el año 2014 como parte de un plan piloto de salud mental comunitaria del Ministerio de Salud en el barrio de Calderón, en las actividades que se realizaban como las asambleas donde participaban usuarios y sus familiares, se exponían sus problemáticas y se buscaban soluciones en común. Dentro de las cosas que causaban sufrimiento a pacientes y familiares, se encontraba en primer lugar la medicación, pues existía la creencia de que el tratamiento equivale únicamente a este ámbito, luego se hacía presente el tema de la psicoterapia, pero más allá no se podía pensar en otra cosa ya que en el país no hay otras opciones de tratamiento, solo luego de hablar durante mucho tiempo se pudo visualizar otros ámbitos de la vida de estas personas, lo cual es parte del estigma, el pensar que lo único que necesitan es el tratamiento.

Existían temas importantes cuando los participantes decían *¡no tengo amigos! O ¡mi hijo no tiene con quien hablar!* Que sin duda generaban malestar en los pacientes y sus familiares, se pudo plantear que es necesario el tema médico pero también se promovía se generen más demandas, la dependencia económica fue un gran tema, algunos recibían bono por parte del gobierno, pero tras conversar con ellos se llegó a la conclusión que el bono no genera autonomía, sino dependencia, además que el hecho de recibirlo es un impedimento para trabajar (Dubois, 2018).

Tras diversos intentos fallidos en el *IESS*, diversas entidades, un sin fin de contradicciones dentro de la legislación del país y la exclusión laboral de personas con problemas mentales, perduraba la intención de trabajar por parte de los usuarios. La única

forma era poder trabajar por cuenta propia, y al indagar por opciones, estas eran limitadas, ya que existe también una discriminación educativa para estas personas, además el haber estado encerrados en sus casas tenía repercusiones. Tras diferentes opciones como peluquería, panadería entre otras, se decidió por mayoría de votos la creación de un huerto urbano, quizá por un mayor conocimiento, pero este proyecto no tenía miras futuro motivo por el cual la directora de *Huertomanías*, decidió renunciar al ministerio e implementarlo por cuenta propia. Al lograr conseguir el terreno se dieron cuenta que nadie conocía mucho acerca del tema excepto por el familiar de un usuario; en un inicio se llamaba *Minga* por la necesidad de adecuar el espacio físico, desde entonces se ha recibido mucha ayuda de diferentes personas que permitieron que siga adelante esta iniciativa (Dubois, 2018).

Se ha creado un propio modelo de cooperacionismo ya que no existe dentro de lo estipulado una forma similar, principalmente por que los socios deberían tener una aportación económica y no hay tal, en la actualidad de forma simbólica los socios realizan una contribución de dos dólares mensuales para la cooperativa, además no existe una figura de empleado. La democracia es la principal característica de este espacio, todos tienen una voz y un voto al momento de decidir por algo. La división del dinero se realiza de forma equitativa, se ha inventado un sistema de puntos flexible que va en contraparte al modelo remuneración del mercado laboral común, se ha buscado que sea justo, es decir requiere que el socio trabaje para obtener dinero, pero tomando en consideración diversos temas como visitas al médico o quizá faltar a consecuencia de los efectos de los medicamentos, entre otros. Este espacio se distingue de la terapia ocupacional que como se menciona se usa para pasar el tiempo, si no se trabaja y no se vende, no existe *Huertomanías*, se busca conseguir autonomía a través del trabajo, y esto se logra también cuando los socios son propositivos (Dubois, 2018).

Dentro de las actividades que se realizan en huertomanías principalmente se encuentra el trabajo del huerto, es decir la siembra y cosecha de productos orgánicos y la posterior producción de productos con valor agregado de calidad, los cuales son vendidos en ferias y algunos otros espacios. Se realizan también talleres con temas referentes a los huertos, donde la gente aprende a cultivar en sus casas o en los espacios que decida,

tambien existen eventos culturales o académicos como cine foros, conversatorios, exposiciones, que sirven para poder discutir sobre los estigmas que existen alrededor de la enfermedad mental y generan un ingreso económico a *Huertomanías*. Espacios comunitarios como las mingas, promueven la la inclusión de diversas personas para que puedan venir y trabajar en el lugar, existe tambien el denominado *coseche con nosotros* donde el último viernes de cada mes se ofrece una experiencia completa a los clientes que generalmente están asociados a la temática que impulsa esta iniciativa (Dubois, 2018).

Capítulo 3: Resultado de la investigación de campo

3.1. Técnicas de investigación

Ñaupas, (2014) señala que las técnicas de investigación son en realidad métodos particulares o especiales que se aplican en cada etapa de la investigación cualitativa, y varía su naturaleza de acuerdo al enfoque que se emplee. Además, añade que son un conjunto de normas que regulan el proceso de investigación desde el descubrimiento del problema hasta la verificación e incorporación de las hipótesis. Para este trabajo de disertación se ha propuesto trabajar desde el enfoque de la Psicología Comunitaria mediante herramientas de investigación como son la observación participante y las entrevistas semiestructuradas.

El autor menciona que los métodos cualitativos son diferentes a los de la investigación cuantitativa ya que al ser elusivos, dinámicos, impredecibles únicos y complejos, requieren mayor atención. El presente trabajo utilizó el método hipotético – deductivo, el cual fue propuesto *Bacon* y consiste de cuatro pasos: la observación o descubrimiento de un problema, la formulación de hipótesis, la deducción de consecuencias contrastables de la hipótesis y finalmente la observación o verificación (Ñaupas, 2014).

3.1.1. Observación Participante

González Rey (2007) menciona que la metodología cualitativa surge dentro de las ciencias sociales como una alternativa a las ciencias positivistas y se caracteriza por la recogida de información por medio de la observación de comportamientos de un objeto de estudio para su posterior análisis. El presente trabajo de disertación utilizó la técnica denominada observación participante que como menciona Vasilachis de Gialdino (2006), representa un eje vertebrador del trabajo de campo, pues mediante la misma se logra la participación personal y prolongada del investigador en un grupo determinado para conocer de cerca su punto de vista, adquiriendo conocimiento que solo se logra por medio de la convivencia.

Ñaupas, (2014) complementa señalando que la observación es la mejor técnica de investigación social, pues además de ser la más antigua, recoge datos e información para verificar una hipótesis, además, la observación participante tiene la particularidad de que el investigador comparte la vida un determinado grupo social realizando apuntes fuera de

vista de los miembros de un grupo. En esta investigación se hizo uso de registros observacionales, los cuales son parte de la técnica observación participante y están detallados en el análisis de resultados.

3.1.2. Entrevista Semiestructurada

La entrevista semiestructurada fue otra de las técnicas utilizadas para el presente trabajo, Ñaupas, (2014) señala que la entrevista es una especie de conversación formal entre investigador e investigado con el objetivo de obtener determinada información para verificar una hipótesis previamente planteada. Vasilachis de Gialdino (2006) menciona que la flexibilidad y no directividad de la misma ayuda a profundizar sobre el conocimiento que el investigador desea indagar, logrando así obtener la información requerida tanto en socios, sus familiares y los médicos psiquiatras. Esta herramienta es una de las más comunes dentro de la investigación cualitativa la cual permite corroborar la información desarrollada en el marco teórico.

3.2. Población

La población seleccionada para este trabajo de disertación fue la siguiente.

- Socios de la organización *Huertomanías* agrupados bajo los siguientes criterios:
 - Que estén asistiendo regularmente por al menos los últimos 6 meses a la organización.
 - Que posean la facultad verbal y mental para expresar su historia de vida y experiencia en *Huertomanías*
 - Que sean hombres o mujeres mayores de edad y que vivan en Quito.
 - Que hayan sido diagnosticados previamente con algún trastorno mental grave, como la esquizofrenia o el trastorno depresivo grave y que estén actualmente en tratamiento psiquiátrico.
- Familiares de los socios de la organización *Huertomanías* con las siguientes características.
 - Que convivan regularmente dentro de un mismo ambiente y puedan referir información válida para la investigación.

- Profesionales de la salud mental agrupados para los siguientes criterios:
 - Psiquiatras con experiencia laboral en temas relacionados.
 - Que conozcan o hayan participado de experiencias y tratamientos alternativos a la institucionalización

3.3. Análisis de resultados

3.3.1. Registros observacionales

Los registros observacionales fueron desarrollados en Nayón, lugar donde se encuentra ubicado *Huertomanías*, dentro de un periodo de tiempo de seis meses, durante el cual el investigador participó aproximadamente 2 veces por semana de las actividades cotidianas que se realizan en esta organización, dentro un horario de 08:30 a 12:30 mediante un previo acuerdo con la directora, realizando un resumen mensual y tomando en cuenta los siguientes aspectos.

- Una introducción donde consta un relato etnográfico sobre las circunstancias en las que se realizó el registro observacional.
- Observaciones, apreciaciones y comentarios del investigador acerca de las actividades realizadas en la organización.
- Observación de presencia de cuadros sintomáticos en los socios de *Huertomanías* divididos en los siguientes ítems.

Tabla 1: Indicador de cuadros sintomáticos

Estados de ánimo
Sueño
Alucinaciones y delirios
Graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones relevantes

Elaborado por Pedro Chanabá

- Análisis mensual donde se evidencia la información más relevante.

Resumen mensual de los registros observacionales

Análisis Mensual - Febrero

Durante el mes de febrero fue posible apreciar un buen ambiente de trabajo entre todos los socios, la directora y los pasantes del área de psicología, Durante la asamblea mensual se pudo retroalimentar puntos importantes como la asignación de funciones, decisión de lugares para la venta de los productos en función de la experiencia que han tenido durante el mes y las normas de convivencia dentro de las actividades que se realizan. La mayoría de los socios han logrado realizar sus actividades y participar activamente en las diferentes actividades que se realizan en *Huertomanías*, ha existido también la participación durante todo el mes de la directora y el coordinador

En el transcurso de este mes en todos socios no se evidencia la presencia de cuadros sintomáticos, ni tampoco la presencia marcada de somnolencia que llegue a perjudicar su desempeño en las diferentes actividades realizadas, así mismo no se registran graves desorganizaciones del comportamiento. Se retroalimenta acerca del trabajo en el huerto el cual ha sido satisfactorio, además se reitera la importancia de la puntualidad y asistencia para tener el tiempo prudente de realizar todas las actividades programadas. Se menciona a todos los socios la presentación de certificados de estar en tratamiento médico, el mismo que es un requisito para seguir teniendo su denominación de socios en *Huertomanías* y también como parte de un seguimiento que se realiza trimestralmente.

Análisis Mensual - Marzo

Durante el mes de marzo el ambiente de trabajo fue bueno, no existió eventualidades que malogren su desempeño, más bien los ingresos económicos fueron los esperados, generando una sensación de alegría en todo el equipo, además se ha logrado realizar algunos trabajos de mantenimiento en el huerto. Dentro de la asamblea realizada a principios de mes se consulta y crea nuevas actividades y servicios de *Huertomanías* que tienen como objetivo generar mayores ingresos económicos, una de ellas la capacitación y creación de huertos a domicilio el cual está a cargo de S1, S5, el coordinador y la directora, además con el objetivo de optimizar tiempo y organizar todas las actividades que se realizan, se decide bajo elección de los socios en realizar la división del equipo de trabajo en dos áreas: elaboración de productos con valor agregado y trabajo en el huerto.

Durante el momento de la observación, los pacientes no muestran ningún tipo de cuadros sintomático. En la totalidad de los socios no se observa la presencia de síntomas como alucinaciones y delirios, tampoco se registran graves desorganizaciones del comportamiento ni una marcada presencia de somnolencia durante las actividades llevadas a cabo durante este mes. Se anuncia que desde este mes los socios deberán firmar la entrega de su pago mensual. Finalmente se retroalimenta sobre los logros y el buen trabajo que ha existido durante este mes, sin embargo, se menciona también tener mayor cuidado al realizar las actividades más aún si tiene que ver con dinero pues durante este mes existió un faltante al finalizar una feria de venta de productos.

Análisis Mensual - Abril

Existió un buen ambiente de trabajo por parte de todo el equipo, se cumplió con satisfacción todos los eventos propuestos para este mes. Durante el momento de la observación, los pacientes no muestran ningún tipo de cuadros sintomático. No hay presencia marcada de somnolencia a excepción de un socio, el cual tuvo un problema personal que le afectó su ánimo y calidad de sueño, esto además generó reflexión en el resto de socios, pues ellos también están expuestos a tener problemas similares, existió un gesto de generosidad donde la mayoría de participantes realizaron una visita al domicilio con la finalidad de ser apoyo y poder levantar el ánimo de S1. En la totalidad de los socios no se observa la presencia de síntomas como alucinaciones y delirios, tampoco se registran graves desorganizaciones del comportamiento.

En cuanto al desenvolvimiento de los equipos de trabajo como son elaboración de productos con valor agregado y trabajos en el huerto se observa buen desempeño, sin embargo, se mencionan puntos importantes a fortalecer como la puntualidad y la atención a los procesos que se realizan, además existieron algunos eventos como el taller de serigrafía o la minga con estudiantes de universidades que fortalecen el nivel de relaciones interpersonales y además influyen en el desarrollo de temáticas como el estigma social o empoderamiento sobre lo que representa participar en Huertomanías.

Análisis Mensual - Mayo

Durante el mes de mayo fue posible apreciar un buen ambiente de trabajo entre todos los socios, la directora y los diferentes colaboradores, durante la asamblea mensual se pudo evidenciar la inconformidad de algunos socios frente a problemas interpersonales. La mayoría de los socios han logrado alcanzar y participar activamente en las diferentes actividades que se realizan en *Huertomanías*, es importante mencionar que durante este mes existió una menor participación de la directora y el coordinador a cargo, el cual a fin de mes terminó su trabajo debido a situaciones personales.

Durante el momento de la observación, los pacientes no muestran ningún tipo de cuadros sintomático, sin embargo, este mes a consecuencia de la muerte de una de las dos ovejas existentes en el huerto se evidenció tristeza en todo el equipo. En todos los socios no se evidencia presencia de alucinaciones, delirios o graves desorganizaciones del comportamiento durante las actividades llevadas a cabo. Las actividades propuestas para este mes se realizaron satisfactoriamente, se ha logrado reforzar y reafirmar las responsabilidades que tienen los diferentes socios dentro del huerto, se ha logrado retroalimentar positivamente todos los inconvenientes y logros de este mes, todo lo antes mencionado ha generado mayor motivación en todo el equipo.

Análisis Mensual - Junio

Durante el mes de junio fue posible apreciar un buen ambiente de trabajo entre todos los socios, la directora y los pasantes de universidades, durante la asamblea mensual se pudo evidenciar la inconformidad de algunos socios en cuanto a ciertas normas que se habían consensuado entre todos los participantes, además se logró llegar a un nuevo acuerdo donde todos tuvieron la posibilidad de opinar y proponer alternativas de propuesta. La mayoría de los socios han logrado participar activamente en las actividades que se realizaron en *Huertomanías*, es importante rescatar la capacidad de organización y de iniciativa que tuvieron todos los socios de poder realizar las actividades cotidianas que tienen en el huerto sin la supervisión de la directora ni de algún actor externo al huerto, lo realizaron únicamente entre ellos, entre socios, y además liderado como coordinador por S1 que ha mostrado tener las aptitudes necesarias para desenvolverse en este rol asignado.

Durante el momento de la observación, los pacientes no muestran ningún tipo de cuadros sintomático. No hay presencia marcada de somnolencia a excepción de un socio, el cual siente cierta limitación para realizar sus actividades. En la totalidad de los socios no se observa la presencia de síntomas como alucinaciones y delirios, tampoco se registran graves desorganizaciones del comportamiento durante las actividades llevadas a cabo en el mes de octubre. Se comunica a los socios sobre la importancia de entregar los certificados de estar recibiendo un tratamiento como parte de un seguimiento realizado por *Huertomanías* de forma trimestral, se ha logrado reforzar y reafirmar las actividades que tienen los diferentes socios dentro del huerto como parte de su responsabilidad, finalmente se ha logrado retroalimentar positivamente todos los inconvenientes y logros de este mes.

Análisis Mensual - Julio

Durante el mes de julio fue posible apreciar un buen ambiente de trabajo entre todos los socios, la directora y los pasantes de universidades. En este mes existieron muchas actividades que promovieron la participación de los socios en el abordaje de temáticas como la declaración universal de los derechos humanos en personas con problemas de salud mental, el estigma que produce el desconocimiento del mismo y la visión que genera el cine sobre la locura, además, existieron actividades como las mingas con estudiantes universitarios donde los socios pudieron compartir sus experiencias y desarrollar habilidades de relaciones sociales. Durante las actividades como la elaboración de productos elaborados, trabajos en el huerto y venta de productos en ferias, se obtuvo buenos resultados, sin embargo, se retroalimenta mencionando que la asistencia, puntualidad y mejor concentración de los socios influye en un avance mayor que permita optimizar el tiempo.

Durante el momento de la observación, los pacientes no muestran ningún tipo de cuadros sintomático. No hay presencia marcada de somnolencia a excepción de un socio, el cual se ve afectado levemente en el desempeño de sus actividades. En la totalidad de los socios no se observa la presencia de síntomas como alucinaciones y delirios, tampoco se registran graves desorganizaciones del comportamiento durante las actividades llevadas a cabo en el mes de octubre, sin embargo, un socio que no forma parte de la población escogida para el presente trabajo de disertación presenta una crisis de pánico, esto genera

reflexión y solidaridad en todo el equipo. Se ha logrado reforzar y reafirmar las actividades que tienen los diferentes socios dentro del huerto como parte de su responsabilidad.

Análisis de resultados

Al término de los seis meses durante los cuales se realizaron los registros observacionales se pueden apreciar los siguientes resultados

- En el equipo de trabajo conformado por la directora del huerto, sus socios, pasantes de diversas universidades, colaboradores como familiares y voluntarios, se ha evidenciado buenas relaciones interpersonales. El desarrollo de diversas actividades en el huerto como parte del trabajo y otras como salidas con fines recreacionales, han contribuido en este fin.
- Existe una buena comunicación entre los diferentes participantes del huerto, se ha realizado la creación de asambleas mensuales donde su finalidad es poder retroalimentar sobre la evolución de *Huertomanías*, sus actividades progresos y dificultades a mejorar en los próximos meses. Esto ha permitido a los socios del huerto cada mes poder expresar sus inquietudes frente al resto con el fin de ser escuchados.
- Existe una buena convivencia en todo el equipo del huerto, especialmente en sus socios. En diversas asambleas mensuales se ha podido ir creando un manual de convivencia en donde todos han participado, opinado y discutido sus percepciones y consideraciones frente a la misma.
- Existe una distribución del trabajo equitativa, realizada en función de las destrezas que tiene cada socio. En el transcurso de los registros observacionales se dividió equipos de trabajo en elaboración de productos elaborados y trabajos en el huerto, obteniendo buenos resultados.
- Han existido diversas actividades como talleres de derechos humanos, cine foros, entre otros, que han promovido el abordaje de temáticas relacionadas con salud mental y estigma, influyendo positivamente en diversos aspectos de los socios.

- Es importante destacar la capacidad de organización de los socios, pues en varias ocasiones lograron realizar muchas actividades sin la tutela de la directora del huerto ni otra persona que esté a cargo de ellos.

Análisis cuadros sintomáticos

En la totalidad de socios, se ha observado estabilidad sintomática que ha permitido en gran parte poder seguir participando de las actividades que se realizan. Sin embargo, existen ciertas dificultades como la falta de atención, memoria y puntualidad que impiden desarrollar al máximo sus habilidades, según refieren los socios, los medicamentos son uno de los factores que más influyen en este tema. No ha existido presencia de síntomas positivos como alucinaciones o delirios ni graves desorganizaciones del comportamiento dentro de las actividades que se han realizado en *Huertomanías*. A continuación, se realizará un análisis de cada socio y su evolución durante el tiempo de observación.

Resumen de cuadros sintomáticos en los socios de la organización Huertomanías

S1

Tabla 2: Cuadro sintomático Socio 1

Estados de ánimo	Se evidencia estabilidad anímica durante todo el tiempo de observación, tiene muchas habilidades al desenvolverse en público, motivo por el cual en el mes de octubre llegó a ser coordinador del huerto, sin embargo, muestra cierta dificultad al interactuar con una sola persona, en ocasiones se observa retraimiento y aplanamiento afectivo, cuando esto sucede usa sus audífonos.
Sueño	No ha existido presencia de somnolencia durante el tiempo que se realizó la observación a excepción del último mes donde entro a estudiar y no dormía lo suficiente.
Alucinaciones y delirios	Durante todo el tiempo de observación no se observó presencia de síntomas como delirios o alucinaciones
Graves desorganizaciones del comportamiento	Durante todo el tiempo de observación no se evidenció presencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Existe una buena participación en todas las actividades realizadas, no registra faltas ni atrasos que sean significativos durante el tiempo de observación -No se evidencia alteración de funciones como memoria o atención, está orientado en tiempo y espacio

Elaborado por: Pedro Chanabá

S2

Tabla 3: Cuadro sintomático socio 2

Estados de ánimo	Muestra estabilidad anímica durante el periodo de observación, la existencia de algún problema de consideración como el que tuvo en el mes de septiembre genera malestar durante algunos días, limitando parcialmente sus actividades cotidianas en <i>Huertomanías</i> , es común observar momentos de retraimiento social y aplanamiento afectivo.
Sueño	Presencia leve de somnolencia y cansancio, el cual puede deberse a actividades mismas del huerto o efectos de la medicación, en las últimas observaciones mensuales S1 refiere mejoría en este aspecto
Alucinaciones y delirios	Durante todo el tiempo de observación no se observó presencia de síntomas como delirios o alucinaciones
Graves desorganizaciones del comportamiento	Durante todo el tiempo de observación no se evidenció presencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Registra faltas y atrasos a las actividades que se realizaron durante los seis meses de observación, esto índice en que no reciba la remuneración total a fin de mes -Existe alteración en funciones como memoria y atención en la ejecución de actividades realizadas. Ha tenido un progreso considerable durante el tiempo de observación -Existe orientación en tiempo y espacio durante todo el tiempo de observación

Elaborado por: Pedro Chanabá

S3

Tabla 4: Cuadro sintomático socio 3

Estados de ánimo	Muestra estabilidad anímica durante el periodo de observación, en general es una persona introvertida, no se comunica mucho con el resto del equipo y menos aún si existe la visita de extraños, es importante mencionar que esto no repercute en su desempeño, muestra aplanamiento afectivo y retraimiento. Desde el mes de abril ha mostrado mejoría de forma gradual, se observa mayor motivación y predisposición, establece conversaciones con el equipo del huerto.
Sueño	Durante el tiempo de observación no se evidencia una marcada somnolencia, en términos generales suele ser leve y esta no influye en su rendimiento laboral.
Alucinaciones y delirios	Durante todo el tiempo de observación no se observó presencia de síntomas como delirios o alucinaciones
Graves	Durante todo el tiempo de observación no se evidenció

desorganizaciones del comportamiento	presencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Se observa algunas faltas y atrasos a las actividades durante el tiempo de observación, en ocasiones esto es motivo para no recibir la remuneración completa en varios meses. -No se observa alteraciones considerables de atención y memoria que influyen en su desempeño -Está orientada en tiempo y espacio

Elaborado por: Pedro Chanabá

S4

Tabla 5: Cuadro sintomático socio 4

Estados de ánimo	Durante el tiempo de observación se evidencia estabilidad anímica, en general la persona es introvertida, no socializa mucho con el resto de personas, sin embargo, luego del proceso de adaptación en el huerto y conocer mejor al equipo, demuestra tener más confianza y conversar abiertamente. En ocasiones se evidencia retraimiento y sentimientos de minusvalía “ <i>yo soy el menos importante en el huerto</i> ”
Sueño	En los primeros meses se observa una leve somnolencia, sin embargo, desde el mes de mayo se observa presencia de somnolencia, motivo por el cual presenta algunas faltas y atrasos a las actividades que se realiza, S4 refiere ser a consecuencia de las pastillas que está tomando
Alucinaciones y delirios	Durante todo el tiempo de observación no se observó presencia de síntomas como delirios o alucinaciones
Graves desorganizaciones del comportamiento	Durante todo el tiempo de observación no se evidenció presencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-No se observa alteraciones en el resto de funciones como memoria o atención -Orientado en tiempo y espacio

Elaborado por: Pedro Chanabá

S5

Tabla 6: Cuadro sintomático socio 5

Estados de ánimo	Durante el tiempo de observación se evidencia estabilidad anímica lo cual se ve reflejado en su asistencia y buena actitud a las actividades realizadas, sin embargo, en ocasiones se observa retraimiento y aplanamiento afectivo, le cuesta un poco de trabajo seguir instrucciones
Sueño	Ausencia marcada de somnolencia durante todo el tiempo de observación, en pocas ocasiones se evidencia cansancio o sueño, pudiendo ser a consecuencia de las actividades que se

	realizan
Alucinaciones y delirios	Durante todo el tiempo de observación no se observó presencia de síntomas como delirios o alucinaciones
Graves desorganizaciones del comportamiento	Durante todo el tiempo de observación no se evidenció presencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-En ocasiones su discurso es disperso, se desvía del tema inicial de conversación -Existen faltas y atrasos sin previo aviso ni posterior justificación -En ciertos momentos se observa problemas de atención y memoria al realizar procesos como la elaboración de productos con valor agregado

Elaborado por: Pedro Chanabá

3.3.2. Entrevistas

La estructura de las entrevistas y la ejecución de las mismas, fueron realizadas tanto a socios, sus familiares y psiquiatras como profesionales de la salud mental. Se realizaron en un periodo de tiempo de dos semanas, organizando los encuentros a conveniencia de los entrevistados y el investigador. Además, contó con una guía previa, la cual se realizó a conveniencia del investigador y en función de un previo análisis, el cual tuvo como objetivo indagar el efecto terapéutico de espacios alternativos como el de *Huertomanías*, que promueve la recuperación integral de personas con trastornos mentales graves por medio de la adquisición de autonomía a través del trabajo, y otras actividades que se realizan en esta organización. El número de población seleccionada fue de cinco socios, número promedio de asistentes que han participado regularmente durante el periodo de investigación realizado. Respondieron a cinco preguntas principales que constaban en la guía de entrevista y otras que surgieron en el transcurso de la misma. Tuvo una duración promedio de 20 minutos con cada socio.

En cuanto a los familiares, se buscó que estos convivan la mayor parte del tiempo con los socios de *Huertomanías* y por ende otorguen información mas detallada y clara. Cuatro de las cinco entrevistas se realizaron a una de las dos figuras parentales de cada socio, y en una entrevista se contó con la participación de las dos figuras parentales. Se contó con cinco preguntas que constaban en la guía de entrevista y otras adicionales que surgieron en el transcurso de la misma, además se evidenció una duración de 25 minutos en promedio por cada entrevista.

Finalmente se contó con la opinión profesional de dos psiquiatras, los cuales de antemano han tenido conocimiento en la teoría y la praxis en pacientes con trastornos mentales graves. Se realizó una sola pregunta que constaba en la guía previa de entrevista y otras que surgieron en el transcurso de la misma con el propósito de indagar la percepción acerca del involucramiento de pacientes en este tipo de espacios como un complemento fundamental en su recuperación integral. Las entrevistas tuvieron una duración media de 15 minutos aproximadamente.

Entrevista a socios

➤ ¿Cómo te sientes después de un día de trabajo? ¿te gusta asistir?

Todos los socios entrevistados reflejaron un sentimiento de bienestar luego de un día de trabajo, F1 menciona: *“si me gusta mucho asistir, me siento muy bien con el trabajo que realizo, ocupa la mitad de mi tiempo (...) me siento satisfecho”*, F2 por su parte mencionó: *“Sabes que bastante bien, me siento realizado, estoy cumpliendo mis metas, estoy tratando de mejorar cada día, compartiendo con la gente que yo estimo del trabajo y, bueno, es un aliciente para mí porque veo que cada vez estoy creciendo más”*. Otro punto que está presente en todos los socios es el sentimiento de productividad como lo señala F3: *“Es muy gratificante, me siento útil, ¡siento que he hecho algo productivo no!, porque por eso mismo ingresé acá a Huertomanías”*

F4 menciona también haber ayudado en aspectos personales: *“Si es gratificante, antes era como muy cerrado ante las personas y esto me ha dado puertas para conversar mis problemas”*, al igual que lo señala F5: *“En todo el tiempo que llevo asistiendo lo he realizado con entusiasmo y ahora creo más por estar en terapia, siento que venir acá me aporta mucho terapéuticamente, con la psicóloga hablas una hora, acá hablas cuatro horas con personas que están pasando por algo similar a ti”*

Moffatt, (2011) señala que la reinserción laboral es una función estructurante, pues aportará a la existencia del paciente, logrando canalizar los síntomas residuales por medio del trabajo y sus actividades que por cuenta propia tengan un carácter terapéutico, es lo que el autor denomina *funcionalización de la perturbación*. Además Gracia Fuster, (1998) menciona que la relación de personas con trastornos mentales graves junto a sus pares,

promueve una mejoría en sus relaciones sociales, las cuales debido a diversos factores como las internaciones en hospitales psiquiátricos han fomentado un deterioro en las mismas.

➤ **¿Cómo es tu estado de ánimo en este momento?**

Uno de los socios refiere tener un buen estado de ánimo, F2: *“Yo estoy muy tranquilo te cuento, feliz de que tengo un trabajo, antes no tenía, y estaba buscando desesperadamente un trabajo y no había, es un aliciente muy grande como te digo.”* Dos de los socios refieren tener situaciones específicas que afectan su estado de ánimo, F1 por su parte señala: *“En este momento mi estado anímico es de una depresión leve, por el hecho de que a parte del trabajo me encuentro también estudiando y con mis entrenamientos, eso hace que no haya podido dormir mis horas como hace tres semanas”,* mientras que F4 alude a los medicamentos como el problema: *“Ahorita estoy como triste, ósea vine también tarde y no hice nada ... y me frustro y pienso que era de venir más temprano o hacer algo más, las pastillas me hacen dormir mucho.”*

Los dos socios restantes refieren tener un cambio cíclico en función de diversas circunstancias, F5 menciona: *“ahorita es bueno, pero suelo tener como bajones, por ejemplo, vino una pasante nueva y me sonrió, ¡entonces ya! ¡súper alegre! y luego vas en el bus con un montón de gente en el bus y te bajoneas.”* Finalmente, F3 refiere: *“¡ como todo en esta vida no!, a veces bien, otras veces mal, unas veces siento que puedo comerme el mundo, otras me siento hecho pedazos.”* Gracia Fuster, (1998) menciona la importancia de la integración de personas con trastornos mentales graves en la comunidad como un complemento al tratamiento integral del paciente, que a largo plazo, tiene efectos en su salud mental y emocional, logrando además promover la creación de recursos propios para afrontar nuevos retos.

¿Cómo es tu relación familiar?

Tres de los cinco socios relatan tener buenas relaciones familiares, F1 menciona: *“es buena, considero que tuve que tomar una decisión con respecto a mi enfermedad, tuve que decidir hacer todo lo posible por estar bien, y eso incluye a mi familia.”* Dos socios refieren haber tenido una relación mala con su padre, la cual al momento es buena, F2

alude: *“yo me llevo muy bien con mis padres, los quiero mucho, antes no me llevaba con mi papá, ahora ya tengo una relación bastante abierta con mi papá, con mi mamá no se diga, es una linda, me quiere mucho, yo comparto todo el tiempo cosas de la vida y todo eso con mi madre,”* por su parte F4 narra: *“mi papá es muy bravo, aunque me dice las cosas en la cara, ahora está pendiente de mí, me ayuda a terminar la carrera, y con mi mamá es buena, en todo sentido es buena, pero no voy a estar toda la vida con mi mamá”*.

Finalmente, dos socios refieren tener una mala relación con sus padres, F3 por su parte señala: *“Es mala, no me llevo bien con ninguno de mis padres, no hay esa confianza, ese afecto que se supone debe haber en una familia,”* y F5 relata: *“yo viví en mi familia con grados de inconciencia muy fuertes (...) tenía mucho peso de mi familia por ser el varón, por ser el más guapo de los tres hijos, por ser más extrovertido y más inteligente, como que fue mucho que mi mente no pudo soportar y me tuve que volar, las relaciones en mi familia no han sido buenas”*

Moffatt, (2011) menciona que en la psicosis existe un yo fragmentado o cercano a la fragmentación, donde de forma escalonada y pausada se evita discontinuidades que propicien este hecho. Una de las actividades que se propone como un aporte, es la escuela la esquizofrenicos, donde se sitúa a la persona en el presente y se reaprenden normas culturales y roles primarios familiares, evitando que estos sean un estímulo que promueva dicha fragmentación. Según el autor durante la infancia el esquizofrenico tuvo una infancia perturbada en función de manipulaciones paradójicas, de esta forma se podría entender una relación deficiente con sus familiares como es el caso de F3, F4. Además, Breitborde, S., Chang, & Koperlowicz, (2009) mediante un artículo científico señalan que la excesiva carga emocional de los cuidadores formales como lo son los familiares, puede afectar la *funcionalidad familiar*.

➤ **¿Cómo es tu relación con el resto de socios en el huerto?**

Todos los socios coinciden al mencionar que la relación con el resto de socios es buena, como lo refiere F1 quien es coordinador del huerto: *“Bueno la directora me propuso ser coordinador y eso ha hecho que mi relación con ellos sea un poco más formal, más directa, pero desde siempre mi relación con todos los socios ha sido de cortesía, tal vez con las personas que más me llevo converso un poco más”* F3 también comenta: *“Diría yo*

buena, no he tenido mayores conflictos con ellos y creo yo que si algo por ahí se me pide, haz esto o haz aquello, yo estoy dispuesta”. Finalmente, F5 resalta el valor terapéutico que existe al poder conversar y tener buenas relaciones con los socios: *“En general creo que son buenas las relaciones con los miembros del huerto la verdad, solo con un socio suelo tener diferencias, pero creo que todos sabemos sobrellevarlas (...) aquí puedo terapearme con todos los socios.*

Caballo, Salazar, & Carrobbles, (2014) mencionan que el reforzamiento de factores ambientales como su red social y de apoyo, mediante la estimulación de actividades placenteras entre otros, son métodos que benefician la recuperación del paciente. Montero, (2004) también señala que la participación y el compromiso son dos de las más importantes características que plantea la psicología comunitaria para lo cual es necesario una buena relación entre todos los actores que la conforman.

➤ **¿Has experimentado somnolencia al trabajar en el huerto?**

Dos de los entrevistados revelaron no sentir somnolencia en las actividades del huerto, pero si en otras, como menciona F3: *“No, no me ha pasado en el huerto, en la universidad sí, siempre, no falla que me quedo dormida,”* además, F5 relata: *“siempre estoy con sueño, pero en general creo que hay una descarga psíquica muy fuerte que también te desgasta, como por ejemplo en terapia.”* Dos socios si reflejan sentir somnolencia en las actividades del huerto debido a diferentes circunstancias como F1: *“unos cuantos bostezos porque no dormí bien el día anterior, pero por ejemplo el día de hoy llegue un poco con sueño, pero es porque justamente te explicaba que no estoy durmiendo bien como tres semanas,”* F4 refiere en cambio señala ser a consecuencia de los medicamentos: *“Si, date cuenta que con las pastillas no soy yo, soy otro, además llego tarde al huerto y no hago casi nada.”* Finalmente, F2 menciona haberse adaptado a las actividades que realiza: *“a cada uno le cuesta acostumbrarse, antes era así, como le digo a mi mami, subir las gradas del huerto era cansado ahora ya no, ya estoy más acostumbrado porque uno se acostumbra a subir y bajar las gradas”*

Pérez, et, al, (2017) señala que medicamentos como los estabilizadores de ánimo, los cuales son recomendados tanto para pacientes con esquizofrenia y trastorno depresivo grave, tienen un periodo de varias semanas para empezar a surgir efecto, sin embargo,

también se señalan los efectos secundarios como problemas de sueño, aumento de peso entre otros. Este factor ha tenido también influencia en el estado de ánimo de algunos socios, uno de los más evidentes es F4, quien a causa de sus problemas de sueño refleja signos de depresión al sentirse menos productivo. Black & Andreasen, (2012) también añaden que en la depresión también está presente el insomnio, el cual se puede presentar de diferentes formas, sin embargo, en cualquier tipo existe preocupación y remoción de pensamiento.

Entrevista a familiares

➤ ¿Sienten que este espacio es beneficioso para su familiar?

Todos los familiares de los socios de *Huertomanías* coinciden en el hecho de que este espacio es beneficioso en diversos aspectos, F1 rescata el desarrollo de habilidades sociales y menciona: *“desde el momento que mi hijo entró ahí, si se ha desarrollado en el ámbito social, el de los compañeros, se ha desempeñado y ha hecho que él sea más suelto, si le veo que ha estado bien”*. Además, algunos entrevistados refieren que existe una comparación entre el antes y después de la asistencia al espacio de *Huertomanías*: *“comparativamente, antes de que él trabaje y esté en este lugar, todas sus ideas y todas sus cosas se frustraban, ahora no. Si la mente no está ocupada, no está haciendo algo, es malo porque incluso el día que tiene libre y no viene, yo tengo que ver que hago para que su mente esté ocupada”*.

F4 también señala que este espacio es beneficioso porque su hijo ha podido darse cuenta de su situación al estar en contacto con otros socios: *“Si, es beneficioso definitivamente, personalmente yo si le he visto un cambio, también el hecho de que todo el tiempo nos decían que él era una persona tranquila y nunca nos dijeron que tenía un problema (...) la psicóloga nos recomendó que vaya allá a Huertomanías y yo si vi que era algo bueno porque se encontró con personas que estaban podría decirse como similar en unas cosas y en otros más grave, entonces como que el ahí recién se dio cuenta, cuando estuvo allá como que abrió los ojos de lo que realmente pasaba”*.

Finalmente F5 refiere que las actividades que realizan son un estímulo continuar asistiendo: *“Yo soy un convencido que es importante para él, hemos podido observar que*

ha mejorado en cuanto a su dinámica, su comportamiento, él se encuentra comprometido con este colectivo, él se despierta en la mañana, va, se compromete con su horario y luego llega y conversa sobre sus actividades que ha realizado, él, cuando no iba a Huertomanías, pasaba totalmente renegado, causaba problemas, pero en el fondo creo que para su salud mental es importante que el concurra a este sitio”

Montero, (2004) menciona que como parte de ampliar el campo de acción sobre los pacientes psiquiátricos, se busca la descentralización perdurable que ha tenido la psiquiatría, esto mediante la creación de espacios como el de *Huertomanías*, donde se busca generar autonomía en sus socios y estimular la potenciación de sus capacidades cognitivas. Además, es importante destacar que las actividades que se realizan en este espacio se encuentran ubicadas bajo los conceptos de la psicología comunitaria, pues como menciona la autora “se trata de la comunidad y es realizada con la comunidad.” (Montero, 2004, p. 67) Existe la participación de diferentes actores como médicos, familiares, incluso de la población cercana que conoce sobre este espacio y dona desechos orgánicos que sirven como insumo dentro del huerto.

➤ **¿Han notado últimamente síntomas como alucinaciones o delirios durante el periodo que ha asistido a Huertomanías?**

Dos de los cinco entrevistados mencionaron que no han evidenciado la presencia de síntomas como alucinaciones o delirios durante el periodo que sus familiares han asistido a *Huertomanías*. F1 además señala que el trabajo del huerto ayuda a que no existan este tipo de síntomas: “*pienso que ayuda el lugar donde va, porque pasan entretenidos, yo hablo por mi hijo en decir que no piensan en otras cosas y se dedican a pensar en lo que hacen ahí*”. F4 también resalta: “*No, nunca le notamos el periodo que asiste a Huertomanías*”.

Los familiares que, si han evidenciado estos síntomas, mencionan que ocurren en ciertos momentos como lo menciona F3: “*A veces, cuando se enoja, dice cosas que no es (...) por ejemplo me dice que he tomado cosas suyas, cuando esto no es así y me hace problema*”. F2 reconoce también la presencia de estos síntomas y señala: “*Si, si ha tenido sus épocas, si cada día tiene, ¡pero nada que ver con el huerto! (...) siempre hay algún detonante, siempre hay alguna cosa de afuera que le estresa*” F5 en cambio, menciona tener poco conocimiento sobre estos síntomas: “*No, eso si no ha tenido o quizá yo no*

conozca mucho del tema, talvez tiene entelequia, de pensar cosas como decir que ya consigue un trabajo ganará dos mil dólares y pagará las deudas y se pasa constantemente por un tiempo con eso”.

Caballo, Salazar, & Carrobbles, (2014) señalan que los delirios y alucinaciones así como conductas graves de comportamiento son algunos de los síntomas más importantes de la esquizofrenia, además Black & Andreasen, (2012) indican que una quinta parte de los pacientes con trastorno depresivo grave puede experimentar síntomas de carácter psicótico como alucinaciones y delirios, los cuales son congruentes con el estado de ánimo de la persona.

➤ **¿Han notado una grave desorganización en el comportamiento de su familiar en el periodo que ha asistido a Huertomanías?**

Previamente a las respuestas de esta pregunta se explicó a los familiares que dentro de algunos cuadros diagnósticos como el de la esquizofrenia, se suele presenciar este tipo de comportamientos como una pobre higiene personal, hurgar en la basura, coprofilia, entre otros. Todos los familiares respondieron no haber presenciado algún tipo de estas conductas. F5 menciona: *“Así como lo explica no, él no ha tenido esas conductas, las otras un poco como le digo que se opone un poco a los padres y contradice sí, pero no ha existido más allá”*, mientras que F3 señala: *“No, eso no, lo que yo veo es que es un poco desordenada, que suele estar desorganizado su departamento, pero no he visto otras cosas”*

➤ **¿Cómo ha percibido el estado de ánimo de su familiar durante el periodo que ha asistido a Huertomanías?**

Todos los entrevistados concuerdan en que el estado de ánimo de sus familiares es positivo como lo menciona F5: *“Mucho mejor, si le cuento que él tiene una parte muy noble y desde que va allá se ha notado más eso, y es que con él se cuenta en la casa”*. Por su parte F2 y F4 mencionan que su estado de ánimo es bueno, sin embargo, también señalan la influencia que tienen los medicamentos: F2 *“Mucho mejor que cuando está en la casa, si hay ocasiones que la acción de la medicación como que a veces le seda mucho y viene cansado, por ejemplo, pero ahora ha estado mejor, hay días que no tiene mucho*

ánimo, pero creo es así”. F4: “Mejor, si es mejor, a él le gusta ir y nosotros nos damos cuenta de eso, lo único que si nos está preocupando es que está llegando tarde por esto de los medicamentos, esperamos se mejore esto”.

Gracia Fuster, (1998) señala que un sistema de apoyo donde existan vínculos sociales y familiares duraderos, promueven el dominio emocional y cognitivo en personas con trastornos mentales graves, como lo han realizado todos los socios en el transcurso que han asistido a huertomanías, en unos casos como un complemento a un proceso de apoyo ya existente y en otros casos como un inicio del proceso de apoyo.

➤ **¿Podría comentar acerca del historial clínico de su familiar?**

Todos los entrevistados han referido tener al menos más de un diagnóstico en el proceso de encontrar una respuesta en los profesionales de la salud mental, F1: “le lleve al centro de salud y luego le llevaron por un mes casi al hospital Julio Endara, dijeron que era trastorno bipolar creo, pero también habían dicho que tiene esquizofrenia. Además, únicamente F2 refirió conocer con seguridad el diagnóstico que tiene su hijo: “comenzaron diciéndome que era depresión, y le trataron por depresión un buen tiempo, unos dos años tal vez estuvo con ese tratamiento, desde los 18 años y él actualmente tiene 42 (...) ¡Bueno a que medico no he ido! hasta que un doctor me dijo que era una franca esquizofrenia, le han visto otros doctores y también han coincidido en eso, desde entonces le han tratado como esquizofrenia”.

F3 por su parte señala: “el doctor creo dijo que tiene trastorno esquizo afectivo, entonces que necesitaba medicación, y pues ya no se más, un tiempo no estaban seguros que era y le dijeron algunos otros diagnósticos que no recuerdo el nombre”. F4 comenta que un evento fue el que motivó a buscar ayuda: “ocurrió un evento que nosotros dijimos algo tenemos que hacer, le llevamos a una psicóloga y dijo que la edad mental de nuestro hijo era como la de un chico de catorce años, (...) no nos conformamos con esa respuesta y llegamos a donde esta última doctora con la que sí hemos visto una real preocupación, ella nos dijo que era esto del límite... trastorno límite de la personalidad creo nos dijo. Finalmente F5 indica: “Cuando fuimos al psiquiatra lo que nos dijeron que tenía es una cuestión compulsiva, hay un nombre especial que se llama creo pensamientos repetitivos compulsivos, que eso era lo que él tenía, hay un agregado más de esta situación de que él

tenía una cosa fija en su cabeza que estaba repite y repite, él siempre imputa a los padres, además nos dijeron que eso podría cambiar en función de cómo vaya evolucionando él, que podría cambiar su diagnóstico.

Los testimonios de los entrevistados con respecto al diagnóstico de sus familiares coinciden con Caballo, Salazar, & Carrobbles (2014), quienes mencionan que en la búsqueda de la génesis de patologías como la esquizofrenia, se ha tornado difícil establecer un consenso para su definición, pues existen otros cuadros psicopatológicos y más aun de tipo psicótico con los que se puede confundir. El trastorno depresivo grave y la esquizofrenia, fueron los dos trastornos abordados en el desarrollo del presente trabajo de disertación debido a varios motivos; uno de ellos es su incidencia, pues como menciona el Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) la esquizofrenia afecta a 21 millones de personas a nivel mundial, y con respecto a la depresión, para el año 2015 la Organización Mundial de la Salud, (2017) menciona que 300 millones de personas a nivel mundial estaban diagnosticadas. Además, la mayoría de socios en *Huertomanías* tenían estos diagnósticos mencionados.

Entrevista a psiquiatras

➤ ¿Cuál considera que es el efecto terapéutico del involucramiento del paciente con trastorno mental grave en espacios como Huertomanías?

Previamente a la respuesta de los dos psiquiatras entrevistados, se otorgó la información necesaria acerca de lo que es *Huertomanías*, cuáles son sus propósitos, requisitos para los socios y las actividades que se realizan. Los profesionales de la salud mental coincidieron en determinar que este espacio es beneficioso para pacientes con trastornos mentales graves. P1 comentó estar de acuerdo con espacios que promuevan la desinstitutionalización del paciente: *“a nivel internacional se está promoviendo la desinstitutionalización de los pacientes con patología mental grave persistente, y se está promoviendo la reinserción junto a sus familias y a la sociedad en general,”* P2 también lo señaló como un beneficio: *“las instituciones van a gastar menos en salud, la familia va a gastar menos en internamientos y ya no se va a caer en esa institucionalización, en la manicomialización”*.

P1 señaló identificarse con estos espacios como el de *Huertomanías*, pues en su formación como psiquiatra siguió de cerca actividades que complementaban la recuperación del paciente: *“yo estudié en Montevideo Uruguay como psiquiatra, ahí pude conocer sobre diversos centros de rehabilitación para pacientes con patología mental, estos contribuían a la socialización de los pacientes, a la capacitación en diversas actividades, allá había computación, había panadería, huerto, jardinería y esto les ayudaba a los pacientes a continuar realizando estas actividades, incluso en el alta médica, donde se les daba como una guía para evitar el sedentarismo, el apragmatismo, que en estas patologías como la esquizofrenia por ejemplo, es muy común”*

De igual forma P2 al conocer sobre *Huertomanías* comentó: *“desde mi punto de vista yo aplaudo esta iniciativa, porque en realidad el tratamiento de los trastornos mentales en muchos casos se ha limitado solamente a la parte farmacológica y quizás en algunos pocos con psicoterapia. Concretamente en pacientes psicóticos, en pacientes esquizofrénicos donde las limitaciones propias que se dan por su enfermedad, hacen que este tipo de pacientes sean inactivos, apáticos para participar en cualquier actividad, pero realmente esta alternativa tiene un efecto terapéutico enorme, que lamentablemente no todos pueden visualizar, el hecho de romper esos esquemas, de que el paciente que tiene trastorno mental es inutilizado (...) yo veo esto como una gran oportunidad para insertar este tipo de pacientes que tienen problemas comunes en un mercado laboral, por otra parte el ejercicio en sí mismo de ejercer esto de la Huertomanía, hace que el paciente también pueda recuperar funcionalidad y autonomía que es uno de los objetivos de la terapéutica. Las enfermedades mentales lamentablemente disminuyen sus capacidades en muchas áreas, y el tenerlos ocupados es la mejor herramienta para recuperar ese deterioro y esa disminución capacidades, entonces el efecto terapéutico me parece que es fabuloso.*

CONCLUSIONES

- La esquizofrenia y el trastorno depresivo grave son dos de los trastornos mentales graves más comunes a nivel mundial, los cuales tienen una etiología multifactorial y similitud sintomática, motivo por el cual es usual encontrar diagnósticos errados.
- La psiquiatría y el tratamiento a través de medicamentos es el principal método de intervención utilizado frente a los trastornos mentales graves; sin embargo, desde la psicología y sus diversas escuelas, existen un sin número de intervenciones psicoterapéuticas como la psicoterapia existencial, psicodrama, intención paradójica, los cuatro pasos, arteterapia y terapia comunitaria, entre otros que han demostrado tener gran eficacia en trastornos como la esquizofrenia y el trastorno depresivo grave y su recuperación integral.
- Los socios que fueron tomados en cuenta para el presente trabajo de disertación junto a sus familiares, y profesionales de la salud mental, mediante las entrevistas realizadas, afirmaron que *Huertomanías* tiene efectos terapéuticos, esto ha sido evidenciado en un cambio de ánimo de los socios, reducción sintomática y mejora en sus relaciones interpersonales. Además, los registros observacionales realizados en un periodo de tiempo de seis meses también indican una reducción y estabilidad sintomática en los cuadros diagnósticos, mejoría en las relaciones interpersonales y sentimiento de productividad en los cinco socios de la organización
- Las actividades que se realizan en *Huertomanías*, como ferias de ventas de productos, cine foros, talleres, entre otros, aparte de tener un efecto terapéutico en sus socios, promueven se evidencie a nivel social la problemática del estigma sobre la enfermedad mental.
- Los procesos desmanicomiales a nivel mundial han sido la muestra de un gran avance en cuanto al tratamiento de personas con problemas de salud mental, han representado una forma distinta de intervención que promulga un trato más humanitario y bajo una concepción integral, es decir, con mayor alcance en diversas áreas del paciente. Se puede concluir que *Huertomanías*, es una organización que brinda autonomía a través del trabajo, permitiendo una reinserción social y un complemento al tratamiento de los diversos trastornos mentales graves que han sido diagnosticados sus socios.

RECOMENDACIONES

- En el Ecuador existen algunas experiencias que promueven la reinserción laboral y social de enfermos con trastornos mentales graves como en el Instituto de Neurociencias en Guayaquil; sin embargo, *Huertomanías* es el único espacio autosustentable, lo cual garantiza un mantenimiento en el largo plazo al no depender de alguna institución o ingreso económico, por tanto, se recomienda la evaluación de creación de más organizaciones autosustentables que garanticen una perdurabilidad en el tiempo, además de tener mayor alcance a personas con problemas de salud mental junto a sus familias, logrando así también, influir en un menor número de futuras internaciones en hospitales psiquiátricos a consecuencia de descompensaciones.
- Se recomienda evaluar la implementación de mayores intervenciones de carácter psicoterapéutico, los cuales se encuentran respaldados por las diversas escuelas de la psicología, logrando tener mayores efectos en el paciente.
- Se recomienda involucrar más a los familiares en el tratamiento de las personas con trastornos mentales graves, como los principales actores que fomentan su óptima recuperación.
- Se recomienda la creación de más espacios de difusión sobre salud mental, logrando combatir así el estigma existente en la sociedad ecuatoriana.
- Se recomienda la implementación de programas alternativos de tratamiento dentro de los hospitales psiquiátricos, como talleres de huertos, computación, panadería, manualidades, entre otros, que tengan como finalidad estimular diversas funciones de los pacientes y dotarles de herramientas que les puedan ser de utilidad en su futura alta médica.
- En la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se recomienda un mayor involucramiento investigativo de la Facultad de Psicología y además del involucramiento de sus estudiantes, garantizando una mejor formación profesional por medio de experiencias vivenciales de diversas formas de hacer Psicología, promoviendo el bienestar a personas con trastornos mentales graves, su familia y la comunidad en general, mediante la socialización de este tipo de experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aránguez, B., & Del Río, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de psiquiatría*, 1-20.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw- Hill.
- Black, D., & Andreasen, N. (2012). *Introducción a la psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana.
- Breitborde, N., S., L., Chang, C., & Koperlowicz, A. (2009). Emotional overinvolvement can be deleterious for caregivers' health. *Social Psychiatry*, 716-723.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carroble. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Piramide .
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Cazau, P. (1981). *Diccionario de Psicología Social (Pichon Riviere)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Chayo, Y. y., & Florencia, A. (2007). Los conceptos de vínculo, rol y portavoz en la construcción de la teoría de la enfermedad única de Enrique Pichón Riviére. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (págs. 317-319). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Dubois, A. (29 de Octubre de 2018). Funcionamiento Huertomanías. (P. Chanabá, Entrevistador)
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en Psicoterapia*. Buenos Aires: Desclée de Brouwe.
- Finlay, C. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 1-10.
- Flores Sierra, E. (10 de Octubre de 2015). *Terapias psicológicas humanistas aplicadas al tratamiento de la esquizofrenia: Psychology investigation*. Obtenido de Psychology investigation: <https://www.picorpcolombia.com/biblioteca-pi-1/2015/>
- Frankl, V. (2002). *Psicoterapia y Humanismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (2003). *Psicoterapia y Existencialismo*. Barcelona: Herder.

- González Rey, L. F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información*. México: McGraw-Hill.
- Gracia Fuster, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- IESM-OMS. (2008). *INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN EL ECUADOR*. Quito: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Jackson, D. (1974). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jackson, D. (1977). *Comunicación familia y matrimonio hacia una teoría de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación. *Apuntes de Psicología*, 187-211.
- Laing, R. (1994). *El yo dividido*. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Lombardo, M., & Vaimberg, R. (2015). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Barcelona: OCTAEDRO.
- Martínez Ortiz, E. (2014). *Las Psicoterapias existenciales*. Bogotá: Manual Moderno.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 35-50.
- Moffatt, A. (1982). *Terapia de Crisis: la emergencia Psicológica*. Buenos Aires: Busqueda.
- Moffatt, A. (2011). *Psicoterapia Existencial*. Buenos Aires: Esperanza.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 86-107.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Ñaupas, H. (2014). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Organización mundial de la salud. (2004). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud: Depresión y otros trastornos mentales comunes estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado el 04 de Septiembre de 2018, de Organización Mundial de la Salud:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud: Depresión*. Recuperado el 04 de 09 de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ortuño, F. (2008). *Esquizofrenia*. Navarra: Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA).
- Panchón, A. (12 de Abril de 2017). *Integración e inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental: Hermanas Hospitalarias Aita Menni*. Obtenido de Hermanas Hospitalarias Aita Menni: <https://www.aita-menni.org/es/noticias/integracion-insercion->
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Biomed*, 89-115.
- Rodas, L. R., Alcantara, H., & Soriano, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 443-448.
- Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Sanders, A., & Gejman, P. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Scielo, Medicina*, 73(3), 1-15.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 133-170.
- Sluchevski, I. (1960). *Psiquiatría*. México, D.F.: Grijalbo.
- Souza, F., & Aguilar, M. (2002). *Introducción a la psicología comunitaria*. Madrid: CCS.
- Valdeiglesias, S. (12 de Marzo de 2005). *Universidad de Jaen: Psicología comunitaria y de los servicios sociales*. Obtenido de Universidad de Jaen:
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Wolff, W. (2005). *Introducción a la Psicopatología*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- World Health Organization. (18 de Junio de 2018). *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision: World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f405565289>

ANEXOS

Anexo 1: Cuadros de clasificación de la esquizofrenia según el DSM-5, CIE-11 y Slucevski

DSM 5

Tabla 7: Clasificación Esquizofrenia DSM 5

Código	Descripción
295.90 (F20.9)	Esquizofrenia
293.89 (F06.1)	Esquizofrenia con catatonía

Origen: (American Psychiatric Association, 2014)

CIE-11

Tabla 8: Clasificación Esquizofrenia CIE 11

Código	Descripción
6A20	Esquizofrenia, primer episodio
6A20.0	Esquizofrenia, episodios múltiples
6A20.1	Esquizofrenia, continua
6A20.2	Otras esquizofrenias especificadas
6A20.Y	Esquizofrenia, no especificada
6A20.Z	Esquizofrenia simple

Origen: (Organización mundial de la salud, 2004)

Clasificación de Slucevski

Tabla 9: Clasificación Esquizofrenia Slucevski

Clasificación	Descripción
Hebefrénia	Se caracteriza por rasgos de infantilismo y conductas extravagantes, se muestran caprichosos, alteración en los estados de ánimo, alucinaciones e ideas delirantes, pronóstico desfavorable de tener inicio en edades tempranas.
Catatónica	Estupor catatónico, contracción de la musculatura de todo el cuerpo con tendencia a mantener posición embrionaria, estupor, síntomas de

	subordinación automática, estereotipia, discurso verborreico o mutismo, negativismo.
Paranoica	Por lo general aparece después de los veinticuatro años, las alucinaciones auditivas y somáticas e ideas delirantes son evidentes y están relacionadas entre sí, su contenido gira en torno a la persecución acompañada de ideas de grandeza que al inicio es sistematizado y luego pasan a ser incoherentes, es característico el síndrome de Clérambault o erotomanía, el pensamiento desorganizado y abulia tienen un avance más leve que el resto formas de la esquizofrenia.
Simple	Curso lento y al inicio puede pasar como inadvertido por la levedad de sus síntomas, el embotamiento de la sensibilidad es un síntoma característico llegando a perder interés total por actividades cotidianas, ataques alucinatorios – paranoides periódicos.
Depresiva	Caracterizado por fenómenos depresivos que pueden ir acompañados de ideas delirantes de humillación e hipocondría. Al inicio se puede observar intentos de suicidio que progresivamente con el tiempo van desapareciendo.
Circular	<i>Presencia periódica de ataques de depresión y manía poco marcados, los cuales se alternan con periodos cortos de lucidez, por lo general existen alucinaciones auditivas, ideas delirantes incoherentes, con el paso del tiempo desaparecen los estados depresivos y maniacos.</i>
Hipocondriaca	Aparece de forma gradual, presencia de ideas con contenido hipocondriaco que luego se tornan delirantes, alucinaciones somáticas, con el paso del tiempo el delirio se vuelve irracional.

Anexo 2: Cuadros de clasificación del trastorno depresivo grave según el DSM-5, CIE-11 y Pichon Rivière

DSM-5

Tabla 10: Clasificación Depresión DSM 5

Descripción	Episodio único	Episodio Recurrente
Leve	296.21(F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22(F32.1)	296.32(F33.1)
Grave	296.23(F32.2)	296.32(F33.2)
Con características psicóticas	296.24(F32.3)	296.34(F33.3)
En remisión parcial	296.25(F32.4)	296.35(F33.41)
En remisión total	296.26(F32.5)	296.36(F33.42)
No especificado	296.20(F32.9)	296.30(F33.9)

Origen: (Ruiloba, 2011)

CIE-11

Tabla 11: Clasificación Depresión CIE 11

Código	Descripción
6A70	Trastorno depresivo de un solo episodio
6A71	Trastorno depresivo recurrente
6A72	Trastorno distímico
6A73	Trastorno depresivo y ansiedad mixtos
GA34.41	Trastorno disfórico premenstrual
6A7Y	Otros trastornos depresivos especificados
6A7Z	Trastornos depresivos, no especificados

Origen: (Organización mundial de la salud, 2004)

Clasificación de Pichon Rivière

Tabla 12: Clasificación Depresión Pichon Rivière

Forma	Descripción
Protodepresión	<i>Surge de la pérdida que el bebé vivencia al abandonar el claustro materno.</i>
Posición depresiva del desarrollo	Conocida también como depresión del desarrollo, surge del duelo o pérdida (destete) conflicto de ambivalencia por una integración del yo y del objeto.
Depresión de comienzo o desencadenante	Es el periodo prodrómico de toda enfermedad mental y emerge ante una situación de frustración o pérdida.
Depresión regresional	Implica una regresión a los puntos disposicionales anteriores, típicos de la posición depresiva infantil y su elaboración fallida, por fracaso en la instrumentación de la posición esquizoparanoide.
Depresión iatrógena	A consecuencia de procesos de corrección o procesos terapéuticos, se intenta la integración de las partes del yo del paciente dispersas en sus diversas áreas.

Origen: (Cazau, 1981)

Anexo 3: Formato consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____ con cédula de Identidad _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado por Pedro Moisés Chanabá Meza estudiante egresado de la Facultad de Psicología de la PUCE; he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de mi participación para el trabajo de disertación titulado “Análisis del proceso terapéutico desmanicomial” y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicho trabajo de disertación y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Quito, 13 de Noviembre de 2018.

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

C.I. _____

Anexo 4: Formato registros observacionales

REGISTRO OBSERVACIONAL

Número de registro: 3

Fecha: Mayo 2018

Tabla 13: Horario

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
08:30 – 12:30	08:30 – 12:30	08:30 – 12:30	Día Libre	08:30 – 12:30	Variable	Variable

Elaborado por Pedro Chanabá

1. Introducción

Nayón es una parroquia rural ubicada al nororiente del cantón Quito que cuenta con un clima cálido y templado, el cual durante el mes de agosto se presenció por algunos días fuertes soles que no tuvieron mayor influencia en los eventos desarrollados. Tiene una población aproximada de 15.000 habitantes, que en su mayoría realizan actividades económicas relacionadas al cultivo y comercialización de plantas ornamentales. Allí se encuentra Huertomanías, un emprendimiento social que funciona como una pequeña cooperativa de trabajo en un huerto urbano, donde sus socios son personas con problemas de salud mental que están alcanzando autonomía por medio del trabajo.

El cultivo en terrazas de plantas orgánicas para su posterior elaboración de productos con valor agregado representa su principal actividad, sin embargo, existen otras actividades como talleres de agricultura, eventos culturales o académicos como cine foros o conversatorios, espacios comunitarios como mingas, o actividades vivenciales como por ejemplo la apertura al público en general para que pueda cosechar los productos del huerto. La gran mayoría de estas actividades representan un ingreso económico el cual es repartido a fin de mes bajo un sistema de puntos que garantiza la repartición equitativa del dinero. Dentro del huerto durante este mes participaron activamente alrededor de seis socios de Huertomanías, la directora, y algunos voluntarios y pasantes universitarios.

2. Registro de Actividades

Ilustración 1: Registro de Actividades Mayo

Registro de Actividades						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
- PVA = productos con valor agregado Observaciones						
5 Feria de venta de venta de productos "la Cafetina"	6 -Elaboración de PVA -Trabajos en el huerto	7 Taller de serigrafía	1 Asamblea realizada en huerto	2 Día libre en el huerto	3 Feria de venta de venta de productos "la Cafetina"	4
12	13 Trabajo en el huerto	14 Minga realizada con estudiantes de una universidad	15 Minga realizada con estudiantes de una universidad	16 Día libre en el huerto	17 -Preparación de implementos para ferias	18 Venta de productos en una panadería
19 Feria de venta de productos en Tandana Guápulo	20 -Elaboración de PVA -Trabajos en el huerto	21	22 Visita Guiada	23 Día libre en el huerto	24	25 Taller sobre huertos para niños
26 Feria de venta de productos en Tandana Guápulo	27 -Elaboración de PVA -Trabajos en el huerto	28	29	30 Día libre en el huerto	31 Cosecha de productos abierto al público en general	Notes:

Elaborado por: Pedro Chanabá

3.Consideraciones generales

Tabla 14: Consideraciones Generales

Observaciones, apreciaciones y comentarios	-En la feria de la “cafetina” realizo el primer sábado del mes se organizó dos equipos uno en la mañana y otro en la tarde, los dos equipos respondieron bien y pudieron interactuar correctamente con la gente. -El equipo de elaboración de productos con valor agregado conformado por S1, S3 y S5 trabaja muy bien sin embargo se demoran mucho en una sola tarea -Se realizó un taller de serigrafía con la finalidad de crear algo que represente lo que se hace en Huertomanías, los socios estuvieron muy participativos -Se recibió la noticia de que un socio tuvo un problema judicial, lo cual motivó a reflexionar que todos pueden quedar expuestos a malentendidos, a consecuencia de conductas características de diversos cuadros patológicos como por ejemplo quedar viendo fijamente a una persona -La visita de estudiantes de universidad fue productiva tanto para el huerto, los socios y los estudiantes pues se pudo compartir experiencias y reflexionar sobre el trabajo en equipo, el estigma social sobre el enfermo mental y la importancia de valorar la agricultura. -Retroalimentación del taller de niños: fue mejor que el anterior, se tomó en cuenta los errores del taller anterior, existió una mejor organización, sin embargo, se sigue insistiendo en los socios un mayor grado de involucramiento -El equipo está familiarizado con la comunidad, se ha conversado con las personas alrededor del huerto que venden frutas y verduras para obtener sus desechos y sirvan de abono. Lo socios son los encargados de realizarlo -Buena interacción de los socios con las personas que asistieron para la actividad de “coseche con nosotros” -Visita guiada: un señor visitó el huerto para considerar entrar para postular a socio, la visita fue realizada por los socios sin inconvenientes -En la asamblea mensual se revisa y reorganiza la distribución de responsabilidades en el huerto, además se conversa sobre la importancia de adoptar ciertos compromisos de convivencia como saludar y respetar el espacio del resto, esto como una medida para fomentar la mejora de relaciones interpersonales entre todo el equipo que conforma Huertomanías. -Retroalimentación del trabajo por equipos -Elaboración de productos con valor agregado: Mayor atención y mejor concentración en los procesos que se realizan -Huerto: mejor participación y trabajo en equipo de todos los participantes
---	---

Elaborado por Pedro Chanabá

4. Observaciones individuales

S1

Tabla 15: Observación Socio 1

Estados de ánimo	Durante este mes se observa buen estado de ánimo en casi todas las actividades, sin embargo, en varias ocasiones se observa retraimiento y signos de aplanamiento afectivo, más aún cuando se
-------------------------	--

	trata de trabajar en equipo
Sueño	Leve presencia de somnolencia durante el mes de agosto
Alucinaciones y delirios	Ausencia de delirios y alucinaciones, el sujeto se muestra muy consciente de sus actividades, toma medicación de forma regular.
Graves desorganizaciones del comportamiento	Ausencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Puntualidad y asistencia en todas las actividades programadas durante el mes de octubre. -Se observa cierta dificultad para cumplir las actividades en la elaboración de productos con valor agregado -Aparte de los aspectos antes mencionados no se observa alteraciones en el resto de funciones como memoria o atención, el sujeto está orientado en tiempo y espacio

Elaborado por Pedro Chanabá

S2

Tabla 16: Observación Socio 2

Estados de ánimo	-Mantiene estabilidad anímica, sin embargo, a causa de un problema personal en el resto del mes se observó retraimiento y aplanamiento afectivo
Sueño	Signos de somnolencia, en ocasiones menciona sentirse cansado, decaído
Alucinaciones y delirios	Ausencia de alucinaciones o delirios dentro del trabajo y actividades que se realizan en Huertomanías, es consciente de todas las actividades que realiza, toma medicamentos de forma regular
Graves desorganizaciones del comportamiento	Ausencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-En los procesos de elaboración de productos con valor agregado se observa falta de atención a los procesos realizados -No obtuvo la remuneración total en este mes pues no logró completar el número requerido de asistencia a las diversas actividades, esto debido al problema personal que tuvo en este mes - A pesar de las dificultades presentes en este mes, el socio no deja de asistir completamente a las actividades realizadas

Elaborado por Pedro Chanabá

S3

Tabla 17: Observación Socio 3

Estados de ánimo	En términos generales muestra buen estado de ánimo en las diversas actividades que se realiza, sin embargo, durante este mes se observó mayor motivación y predisposición para realizar todas las actividades, además de mejorar en su relación con de personas, saluda y conversa de cosas comunes con el resto.
Sueño	Ausencia de somnolencia, en pocas ocasiones se ha notado cansancio durante las actividades que realizan.

Alucinaciones y delirios	Ausencia de alucinaciones y delirios en todas las actividades que se realizan en Huertomanías
Graves desorganizaciones del comportamiento	Ausencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Durante este mes se observó un notable cambio de actitud en todas las actividades que se realizaron, logra socializar mejor con las personas que han participado durante este mes -No se observa alteraciones en el resto de funciones como memoria o atención, está orientada en tiempo y espacio

Elaborado por Pedro Chanabá

S4

Tabla 18: Observación Socio 4

Estados de ánimo	Se observa estabilidad anímica durante las actividades realizadas durante este mes, en ocasiones se retrae, no socializa mucho en grupo.
Sueño	No se observan signos marcados de somnolencia o cansancio
Alucinaciones y delirios	Ausencia de alucinaciones y delirios en todas las actividades que se realizan en Huertomanías
Graves desorganizaciones del comportamiento	Ausencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Durante este mes muestra mayor adaptación con las personas que conforma Huertomanías y todas las actividades que se realizan -Impuntualidad e inasistencia en varias ocasiones, S4 menciona ser a causa de los deberes que tiene -No se observa alteraciones en el resto de funciones como memoria o atención, el sujeto está orientado en tiempo y espacio

Elaborado por Pedro Chanabá

S5

Tabla 19: Observación Socio 5

Estados de ánimo	Estabilidad anímica, sin embargo, en ocasiones se observa aplanamiento afectivo,
Sueño	Ausencia marcada de somnolencia, sin embargo, en pocas ocasiones muestra cansancio o fatiga que puede ser también a consecuencia de las actividades realizadas en el huerto u otras situaciones
Alucinaciones y delirios	Ausencia de alucinaciones y delirios en todas las actividades que se realizan en Huertomanías
Graves desorganizaciones del comportamiento	Ausencia de graves desorganizaciones del comportamiento
Observaciones	-Se registra impuntualidad e inasistencias sin previo aviso y posterior justificación -Durante este mes tuvo problemas para terminar una actividad que le fue asignada, esto no generó frustración ni mal estado de ánimo.

Elaborado por Pedro Chanabá

5. Análisis Mensual

Existió un buen ambiente de trabajo por parte de todo el equipo, se cumplió con satisfacción todos los eventos propuestos para este mes. Durante el momento de la observación, los pacientes no muestran ningún tipo de cuadros sintomático. No hay presencia marcada de somnolencia a excepción de un socio, el cual tuvo un problema personal que le afectó su ánimo y calidad de sueño, esto además generó reflexión en el resto de socios, pues ellos también están expuestos a tener problemas similares, existió un gesto de generosidad donde la mayoría de participantes realizaron una visita al domicilio con la finalidad de ser apoyo y poder levantar el ánimo de S1. En la totalidad de los socios no se observa la presencia de síntomas como alucinaciones y delirios, tampoco se registran graves desorganizaciones del comportamiento.

En cuanto al desenvolvimiento de los equipos de trabajo como son elaboración de productos con valor agregado y trabajos en el huerto se observa buen desempeño, sin embargo, se mencionan puntos importantes a fortalecer como la puntualidad y la atención a los procesos que se realizan, además existieron algunos eventos como el taller de serigrafía o la minga con estudiantes de universidades que fortalecen el nivel de relaciones interpersonales y además influyen en el desarrollo de temáticas como el estigma social o empoderamiento sobre lo que representa participar en Huertomanías.

Anexo 5: Estructura de entrevistas a familiares, socios y psiquiatras

Estructura de la entrevista a familiares de socios Huertomanías

1. ¿Sienten que este espacio es beneficioso para su familiar?
2. ¿Han notado últimamente síntomas como alucinaciones o delirios durante el periodo que ha asistido a Huertomanías?
3. ¿Han notado una grave desorganización en el comportamiento de su familiar en el periodo que ha asistido a Huertomanías?
4. ¿Cómo ha percibido el estado de ánimo de su familiar durante el periodo que ha asistido a Huertomanías?
5. ¿Podría comentar acerca del historial clínico de su familiar?

Estructura de la entrevista a familiares de socios Huertomanías

1. ¿Cuál considera que es el efecto terapéutico del involucramiento del paciente con trastorno mental grave en espacios como Huertomanías?

Estructura de la entrevista socios Huertomanías

1. ¿Cómo te sientes después de un día de trabajo? ¿te gusta asistir?
2. ¿Cómo es tu estado de ánimo en este momento?
3. ¿Cómo es tu relación familiar?
4. ¿Cómo es tu relación con el resto de socios en el huerto?
5. ¿Has experimentado somnolencia al trabajar en el huerto?