



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE TALLERES RECREATIVOS PARA PACIENTES
CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL**

TESINA
(RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL)

QUE PARA LA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:
MARLEN GUADALUPE PEÑA ARELLANO

ASESOR:
SAMUEL UBALDO PÉREZ

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2025



Ciudad de México, a 29 de septiembre de 2025

DESIGNACIÓN DE JURADO AUTORIZACIÓN DE ASIGNACIÓN DE FECHA DE EXAMEN

La comisión de titulación tiene el agrado de comunicarle que ha sido designado miembro del Jurado del Examen Profesional de la pasante **PEÑA ARELLANO MARLEN GUADALUPE** con matrícula **180920342**, quien presenta el Trabajo Recepcional en la modalidad de **TESINA (RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL)** bajo el título: **"DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE TALLERES RECREATIVOS PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL"**. Para obtener el Título de la **LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA**

Jurado	Nombre
Presidente	PROFR. MARIO FLORES GIRON
Secretario	PROFR. SAMUEL UBALDO PEREZ
Vocal	MTRA. GABRIELA GONZALEZ GOMEZ
Suplente 1	MTRA. PILAR CARDOZA MORALES
Suplente 2	-----

Con fundamento al acuerdo tomado por los sínodos y de la egresada, se determina la fecha de examen para:

el viernes 10 de octubre de 2025 a las 10:00 am
EXAMEN EN LÍNEA

Atentamente
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"

Georgina Ramírez Dorates
RESPONSABLE DE LA LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

Cadena Original:

||1617|2025-09-29 11:13:12|092|180920342|PEÑA ARELLANO MARLEN GUADALUPE|G|LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA|1|F|2|12|DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE TALLERES RECREATIVOS PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL|PROFR.|MARIO FLORES GIRON|PROFR.|SAMUEL UBALDO PEREZ|MTRA.|GABRIELA GONZALEZ GOMEZ|MTRA.|PILAR CARDOZA MORALES||2025-10-10|10:00|361|0|61sKerbqOP||

Firma Electrónica:

1BPbMY0rDgqMmUQ2oyMIDki+w5IbBseuKi5TmA2go7hq2osuPjgmql4oPuWiEwGE5w/qBwocpUFSxahPYD/UV5WhZnHlh0
jiBfT3xE508iqqMTNrX1jSsI/gmUWjQIGpCMxXygzqC0jupY9RxztIrO8fj5n81RLAS54uQVnEHmhiDOvuP6F76jVbkuOc5YU6C
ZYE/VX9dai4olk3VLvt1U/Q2W/5x+QaENCja4llzFAInhcu3AnB/A0xtNLlfzgV65NoNmLRQQgR+EivhKenowQXieoyCaSDmqpK
yNV5MgkdsLdpceF1QQAQCzoHxOckY1PV8jMQ9oVNSacwdZdFZXNSpotdhAfdVc9UROKCQxNwLaLv8TRM8DRBYFEsKfN0
Uv6U0n5+GQcn5cXcGBNhYLSaAsooxVWvM1Sr2Cjd9oiIKybyq7egTimhsMQPwta3KVzRoWmS1T3L2x4Qch4OAtX5D/PHkA/Si
UT/UmoXluaSh488bXjtoz1KKQWegvbxq/66T2XXj2h3/P97RpOVcZwb26YWYnhWnZo4OtCf/m0I+vs2gzza0ayw7kaoY6B4m
wc8PSa+sEZir3Aah8HeOTwDwEUHUiB+eQjVXareDRqPdSkjDzWkYkxbS/En6ETAteiOUcCM5mm7U+bfVEnuUZFehNPEjIVYW
Uj8nXQDE=
Fecha Sello:
2025-09-29 11:13:12



"El presente acto administrativo ha sido firmado mediante el uso de la firma electrónica avanzada del funcionario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de la resolución, de conformidad con los artículos 38, párrafos primero, fracción V, tercero, cuarto, quinto y sexto, y 17 D, tercero y décimo párrafos del Código Fiscal de la Federación. De conformidad con lo establecido en los artículos 17-I y 38, quinto y sexto párrafos del Código Fiscal de la Federación."

Carretera al Ajusco, No. 24 Col. Héroes de Padierna, Alcaldía Tlalpan C.P. 14200, Ciudad de México.
Tel: (55) 56 30 97 00 www.upn.mx



ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANIFICANDO EL CAMINO A LA META	4
1.1. Llegar al objetivo	4
1.2. ¿Qué es una experiencia profesional?	7
1.3. ¿Cómo sistematizar mi experiencia?	9
CAPÍTULO II- HACIA UN ENTORNO SEGURO Y PROTECTOR	13
2.1. México y los enfrentamientos con la psiquiatría	13
2.2 La Castañeda	16
2.3. Una vida digna para todos	22
2.4 Higiene mental en el contexto de los trastornos/discapacidades mentales	25
2.5 Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.	28
2.6 La fuerza detrás de la institución	34
2.7 La salida: Un nuevo capítulo para los residentes que logran su independencia	40
2.8 Trastornos/ discapacidades mentales en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.	41
2.9 Aprendizaje a lo Largo de la Vida Y Educación para Personas Jóvenes y Adultos en la rehabilitación de Asistencia Psicoterapéutica Cada de Medio Camino	47

CAPÍTULO III. MI PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA COMUNIDAD DE ASISTENCIA PSICOTERAPEUTICA CASA DE MEDIO CAMINO A.C.	57
3.1. Desarrollo de actividades para los huéspedes de la comunidad	57
3.2. Ventanas a un día: La experiencia de vivir en comunidad en Casa de Medio Camino.	59
3.3. El taller lúdico: Una inmersión en el aprendizaje a través del juego	62
3.4. Diseño de talleres y actividades lúdicas	64
3.5. Descifrando el taller artístico-recreativo	69
3.6. Diseño de talleres y actividades artístico-recreativas	70
3.7. Realización de actividades complementarias	75
3.7.1. Supervisión de actividades diarias	76
3.7.2. Contención, conversación y supervisión de dinámicas diarias	77
CAPÍTULO IV. A MODO DE RECOMENDACIONES: EL FINAL DE UN NUEVO COMIENZO	80
4.1. Abriendo puertas: Experiencias y oportunidades en el horizonte profesional	80
4.2. Formación en pedagogía para la intervención en salud mental	85
CONCLUSIONES	89
REFERENCIAS	93
NEXOS	96

INTRODUCCIÓN

Mi recuperación de la experiencia profesional, se basa en las vivencias y experiencia que adquirí en relación a las actividades que realicé en beneficio de cada uno de los habitantes de la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C, así como en el logro de diversos objetivos que la institución se propone alcanzar con ellos.

Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. es una institución privada dedicada al tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad psicosocial. El ingreso de los pacientes es voluntario y se realiza con el respaldo de sus familiares o mediante convenios con otras instituciones, como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF), que se encarga de cubrir los gastos mensuales de su estancia. La modalidad de la estancia (ambulatoria o temporal) se determina en función de las necesidades de la persona y en acuerdo con sus familiares y la dirección de la institución.

La presente Recuperación de la experiencia profesional se estructura en cuatro capítulos, en los cuales se describe minuciosamente el desarrollo de las actividades llevadas a cabo, junto con los desafíos y éxitos experimentados a lo largo de los meses de trabajo. El Capítulo I, titulado "Planificando el camino a la meta", aborda la justificación e importancia de este ejercicio de recuperación, explicitando su razón de ser y su objetivo. Asimismo, se establecen los objetivos, formulados en relación con los resultados que se pretenden lograr al compartir mis experiencias. Por último, se expone la metodología utilizada, respaldada por autores expertos en el campo de la sistematización.

El capítulo II, titulado "Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.: Un espacio para todos", ofrece una visión general de esta institución privada. Se detalla su ubicación y se describen sus instalaciones, incluyendo los espacios y áreas disponibles. Además, se proporciona información sobre la población a la que atiende, los servicios que ofrece y los objetivos del internamiento.

Se explica cómo se gestionan las actividades diarias en función del diagnóstico de cada paciente, ya sea que requieran tratamiento psiquiátrico con medicación o terapia psicológica. Es importante destacar que Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. se sitúa como un punto intermedio entre un hogar y un hospital psiquiátrico, brindando a los residentes las herramientas necesarias para desarrollar autonomía, independencia, autoconfianza y facilitar su reinserción familiar y social.

Y, por último, en este capítulo me adentro a los conceptos de Educación para Personas Jóvenes y Adultos (EPJA) y Aprendizaje a lo Largo de la Vida (ALV). Ya que es importante y necesario abordar estos dos pilares educativos porque proveen el marco teórico y la aceptación general necesaria para comprender la profundidad y el impacto del trabajo que realicé en la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

El capítulo III, titulado "Mi práctica profesional en la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.", describe detalladamente la dinámica diaria y las actividades de los huéspedes internados voluntariamente, siguiendo un horario establecido por la administración de la institución.

Este capítulo presenta un ejemplo de la rutina del 14 de febrero de 2022, desde el despertar a las 8:00 a.m., marcado por una alarma, hasta el momento de retirarse a los dormitorios a las 8:30 p.m. Se detallan todas las actividades realizadas a lo largo del día, hora por hora, tomando como referencia la experiencia de un huésped.

En el capítulo IV "A modo de recomendaciones: el final de un nuevo comienzo", se presenta la terminación del trabajo, describiendo la experiencia personal en los talleres lúdicos y artísticos recreativos. Este capítulo resalta cómo la implementación de estrategias de juego y actividades permitió generar situaciones y entornos de aprendizaje efectivos. Se enfatiza el uso de métodos didácticos sencillos, que involucraron la estimulación de los sentidos, la creatividad y la exploración de diferentes materiales, texturas y colores. Estas actividades contribuyeron al desarrollo

de la motivación, la atención, la paciencia, la convivencia, el respeto, la tolerancia y las habilidades motoras finas y gruesas. Asimismo, la creación de materiales para las dinámicas de los talleres fue un aspecto fundamental en el proceso de aprendizaje.

Finalmente, al cierre de este documento, se presentan las recomendaciones derivadas de los objetivos alcanzados y las actividades realizadas por los huéspedes. Se detallan los beneficios obtenidos tanto de las actividades conjuntas como de las individuales, en colaboración con los habitantes de la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. Asimismo, se incluyen recomendaciones generales para optimizar el cumplimiento de los objetivos y la misión del internamiento, considerando las limitaciones de tiempo durante la estancia en las instalaciones. Adicionalmente, se presenta a modo de propuesta la incorporación de una opción de campo adicional en el plan de estudios de la licenciatura, con el propósito de enriquecer la formación de los futuros pedagogos.

CAPITULO I. PLANIFICANDO EL CAMINO A LA META

En este capítulo, me propongo exponer el proceso mediante el cual definí la manera en que deseo transmitir mi objetivo. Para ello, fue necesario identificar la metodología que, de forma irreflexiva, estaba empleando. Tenía claro que quería plasmar mi experiencia, pero aún necesitaba determinar qué tipo de metodología era la más adecuada. Tras investigar las diversas opciones metodológicas, llegué a la elección que presento a continuación.

1.1 Llegar al objetivo

Para lograr eficazmente el objetivo de mi proyecto de titulación, que consiste en sistematizar y reflexionar sobre mi experiencia profesional, es crucial elegir la metodología adecuada. Esta metodología no es una simple formalidad; es el marco que me permitirá organizar paso a paso los detalles de mi trayectoria, asegurando una reconstrucción precisa y coherente de mi práctica. Como bien lo expresa Lopera (2012), citando a Ander-Egg (1995), una metodología es “el camino a seguir mediante una serie de operaciones, reglas y procedimientos fijados de antemano, de manera voluntaria y reflexiva, para alcanzar un determinado fin que puede ser material o conceptual” (Lopera, 2012, p.41).

La sistematización de experiencias, como metodología para recopilar, precisar y ordenar mis vivencias, es la mejor manera de abordar, desde mi perspectiva, los acontecimientos y el trabajo que llevé a cabo durante mi estancia en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. Considerando que este método representa una innovación en el ámbito educativo, al permitir un intercambio de aprendizajes más cercano, es crucial realizarlo de forma precisa para mantener la claridad de los objetivos desde el inicio.

A través de esta metodología, busco recuperar y sistematizar mi experiencia profesional como pedagoga en la Casa de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. Esto implica documentar el proceso completo de mi labor en esta

institución psiquiátrica, desde mi llegada y adaptación, hasta mi desarrollo profesional en un entorno totalmente nuevo.

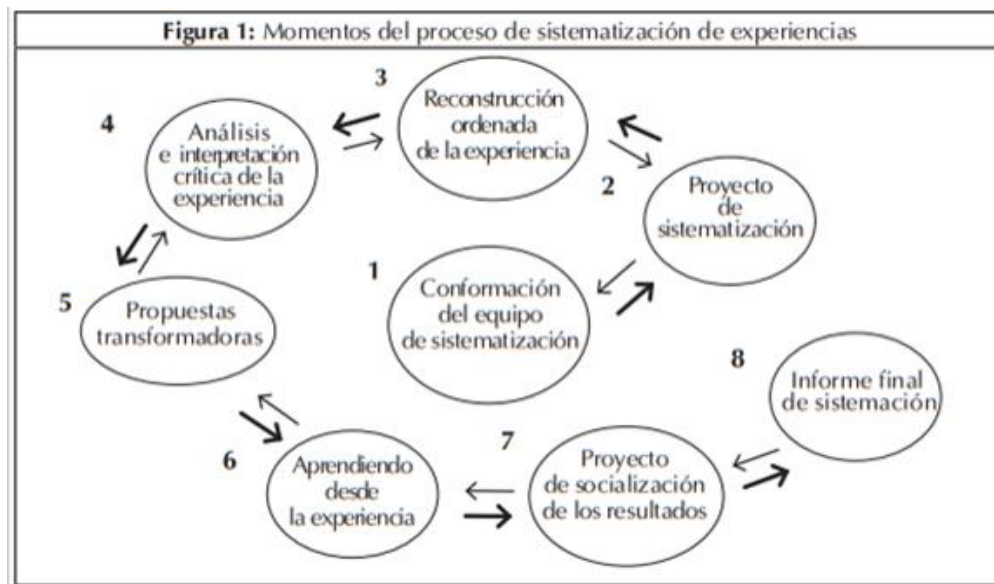
Marco Raúl Mejía (2008) habla sobre la sistematización de experiencias como un modelo de iniciativas, reflexiones, críticas y análisis, que permite traer cambios para el contexto social en el que nos encontramos. Y a la vez, reconocer elementos para articular alianzas y empoderar la acción colectiva y construir nuevos paradigmas.

Al igual que el Centro de Estudios para la Educación Popular (CEPEP), ve la sistematización de experiencias como un proceso de apropiación social, a través de la reconstrucción de hechos, de manera ordenada y con un propósito definido que lleve a una reflexión crítica y al aprendizaje de la experiencia.

Es un proceso de apropiación social de aprendizajes y conocimientos contruidos mediante la interpretación crítica de las experiencias, que se produce en primer lugar por la participación activa y protagónica de quienes forman parte de la experiencia, así como de las distintas instancias del Poder Popular mediante el desarrollo (elaboración e implantación) de proyectos de socialización de los resultados del proceso. (CEPEP, 2010, p.14)

Además, propone un proceso de sistematización de experiencias, el cual presume es capaz de adaptarse a cualquier contexto, dicho proceso consta de ocho momentos, los cuales se presentan en el siguiente esquema:

Imagen 1. Momentos del proceso de sistematización de experiencias



Fuente: Cooperativa Cepep (2010)

Por otro lado en, *La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles* de Oscar Jara, publicado en el año 2018, se aborda a la sistematización como la nueva e innovadora propuesta de metodología, pues, con esta modalidad, se transmite conocimiento de manera vivencial, es decir, que todas las teorías utilizadas pueden ser demostradas, ya que, se utilizaron y se produjeron resultados actualizados, lo cual lleva al lector a una reflexión, después de haber interpretado la experiencia transmitida, lo cual también abre la posibilidad de un efecto de identificación y/o inspiración en el lector.

La sistematización como una interpretación crítica que se realiza a partir del ordenamiento y reconstrucción de lo acontecido en una o varias experiencias, es decir, como el resultado de un esfuerzo complejo de ubicación, descripción, clasificación, análisis y reflexión de lo que vivimos en la experiencia. (Jara, 2018, p.11)

Para lograr un buen desarrollo de la sistematización, la experiencia se organiza, a través de fechas, actividades, objetivos, etc., recopilando todo tipo de información que

ayude con la construcción de ésta, juntando todos los elementos que enriquezcan el trabajo y generen aprendizajes significativos, tal y como lo dice Oscar Jara (2018)

Produce conocimientos y aprendizajes significativos desde la particularidad de lo vivido en las experiencias y por parte de quienes las han vivido. Este tipo de conocimientos y aprendizajes son profundamente originales, pues son producto de una comprensión ubicada directamente en ese contexto determinado. (p. 62)

1.2 ¿Qué es una experiencia profesional?

Como una nueva manera de generar conocimiento y validar todas aquellas teorías que no enseñan en la escuela, surge un modelo práctico y estratégico, que, ha sido reconocido en el área de la intervención social, con el fin de incentivar a los cambios sociales, a través de la práctica profesional, apuntando a la posibilidad del cambio de lo tradicional a lo moderno.

Rittel y Webber, (1973), dicen que, el conocimiento sistemático al que estamos acostumbrados, no brinda rápida solución a los problemas sociales que se pretende resolver, pues mediante éste proceso se debe pasar por diversos filtros, como la aceptación política y moral.

Así como éstos autores, otros más coinciden en que la distribución del conocimiento mediante práctica facilita a los profesionales a entender temas complejos, pues al analizar e interpretar los ejemplos de la experiencia profesional de un colega muestra referencias precisas de las teorías utilizadas, ayudando en el proceso de reconstrucción de saberes.

Narrar una experiencia profesional busca generar nuevos paradigmas en la intervención social, considerando tanto la objetividad como la subjetividad. Como autora de mi propia experiencia, mi objetivo es claro: que el lector comprenda y capte el sentido del trabajo vivido. Aunque la subjetividad siempre influirá en la perspectiva del lector, la narración debe cumplir con la intención de resolver necesidades sociales y académicas.

La Universidad Pedagógica Nacional reconoce la diversidad de trayectorias y perfiles de sus estudiantes, por lo que ofrece un amplio espectro de modalidades de titulación. Cada una de estas opciones tiene sus propias características y requisitos, lo que permite a los egresados elegir la que mejor se adapte a sus intereses y fortalezas; por mencionar algunas, se puede elegir entre realizar una tesis, tesina, monografía, propuesta pedagógica, recuperación de la experiencia profesional, siendo ésta última la opción que preferí realizar.

En el *Instructivo de titulación para la licenciatura en pedagogía* actualizado en el año 2016, se presentan las particularidades, aspectos, componentes y estructura de cada una de las opciones de trabajos recepcionales. Las especificaciones que requiere cada documento, puede variar, tanto en la extensión de cuartillas que debe tener, como en los sustentantes que pueden realizarlo.

La recuperación de la experiencia profesional se realiza de forma individual. El objetivo es que el alumno describa las actividades y vivencias en las que participó durante un período determinado, para luego analizarlas y reflexionar sobre ellas.

Según el *Instructivo de titulación para la licenciatura en pedagogía (2016)*, una Recuperación de la experiencia profesional:

Comprende la descripción contextualizada de una experiencia profesional; la sistematización y análisis de la misma; la reflexión de los referentes teóricos y metodológicos que le permitan sustentarla y valorarla para reconocer su aportación al campo de la educación, y a su formación profesional, a partir de un año de experiencia profesional. (p.12)

Lo cual me permite sustentar la metodología que estaré utilizando para mi trabajo recepcional, el cual es lograr realizar una sistematización de mi experiencia profesional dentro de las instalaciones de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

1.3 ¿Cómo sistematizar mi experiencia?

La sistematización de experiencias, empodera y produce saber y conocimiento sobre la práctica (Mejía, 2008)

Después de saber lo que implica la sistematización de experiencias, es posible ahora comenzar con la redacción de la sistematización de mi experiencia profesional, recopilando toda la información valiosa que me permita alcanzar una descripción detallada de toda mi labor.

Para poder lograr una buena organización, decidí tomar en cuenta el método que presenta Oscar Jara en *La Sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles* (2018), el cual es llamado “cinco tiempos”, esta propuesta pretende dar una mejor orientación para las experiencias que se quieran sistematizar. Aquí se presentan algunos cuestionamientos, que se deben ir respondiendo de acuerdo a la información que se tiene, los cuales se presentan a continuación:

1. El punto de partida: la experiencia
2. Formular un plan de sistematización
3. La recuperación del proceso vivido
4. Las reflexiones de fondo
5. Los puntos de llegada.

De igual forma, nos presenta la siguiente guía para formular el plan de sistematización como herramienta para agilizar y ordenar el proceso.

- 1.-Nombre(s) de quien(es) elabora(n) la guía y fecha:
2. ¿Qué experiencia se quiere sistematizar?: delimitación del objeto: dónde y
3. ¿Para qué se va a realizar esta sistematización?: definición de los objetivos o utilidades que se pretenden conseguir con ella.

4. ¿Qué aspectos centrales de la experiencia nos interesan más?: precisar el eje, el hilo conductor que atraviesa la experiencia.
5. Fuentes de información que se piensan utilizar: registros existentes o nuevos por conseguir.
6. Productos que se espera elaborar con esta sistematización.
7. Procedimiento a seguir para el ordenamiento de la información, para la reconstrucción histórica, para la interpretación crítica y para la elaboración de productos de esta sistematización.

Con base en las respuestas que elaboré esta guía, redacté los párrafos siguientes:

Durante mi involucramiento como asistente psicoterapéutica en la Casa de Medio Camino A.C., tuve la oportunidad de participar de manera activa en el desarrollo, creación y organización de diversas actividades. Este proceso me llevó a sistematizar mi experiencia con el objetivo de demostrar la gran utilidad de la Pedagogía en un entorno tan particular como lo es esta asociación civil.

Aunque la psicología y la pedagogía están relacionadas, en este contexto específico observé la necesidad de fortalecer aún más ese vínculo. Dada la naturaleza particular del trabajo, esta relación es fundamental para coordinar las actividades y el tratamiento de los residentes. Durante un año, colaboré con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales, y tuve la oportunidad de convivir con los residentes. Esta experiencia me permitió observar cómo, a través del trabajo en equipo, la institución proporciona un entorno seguro y propicio para que los residentes desarrollen y fortalezcan sus habilidades.

La realización de mi práctica profesional en la comunidad Casa de Medio Camino representó una inmersión en un entorno desconocido y enriquecedor. El presente trabajo de sistematización tiene como objetivo documentar y compartir el proceso de aprendizaje y adaptación experimentado, así como las estrategias implementadas para promover la mejora en la calidad de vida de los residentes. A lo largo del período de mi estancia, desarrollé conocimientos sobre una variedad de trastornos mentales,

la farmacología asociada y técnicas de comunicación efectiva. Con el propósito de fomentar la interacción social y el bienestar emocional de los residentes, diseñé y ejecuté diversas actividades grupales e individuales, incluyendo talleres de arte, juegos de mesa y salidas a la comunidad. Los resultados obtenidos indican que estas intervenciones contribuyeron significativamente a la creación de un ambiente más cálido y acogedor, lo que se reflejó en la mejora del estado de ánimo y la autoestima de los participantes

El presente trabajo de sistematización se fundamenta en una variedad de fuentes de información. Inicialmente, se llevará a cabo una revisión de textos especializados en psiquiatría en México, con el propósito de comprender el contexto histórico y social en el que se han desarrollado los servicios de salud mental dirigidos a personas con trastornos psicológicos. Adicionalmente, se realizará una consulta de artículos, videos y otros materiales que aborden el concepto de Casa de Medio Camino, con el fin de explorar sus orígenes, objetivos y características. De manera específica, se analizarán los documentos facilitados por el director de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., los cuales permitirán obtener un conocimiento directo del funcionamiento interno de la institución y de las actividades realizadas por su personal.

Con la esperanza de que esta sistematización de la experiencia profesional sirva como referente para futuros pedagogos, este producto busca recuperar y compartir los aprendizajes y la experiencia profesional adquirida durante mi estancia en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

El proceso de sistematización se llevó a cabo en varias etapas. En primer lugar, como se menciona anteriormente, se realizó una breve investigación histórica sobre los hospitales psiquiátricos en México, con el fin de establecer un marco de referencia para comprender la evolución de los modelos de atención en salud mental. Posteriormente, se profundizó en el concepto de Casa de Medio Camino, analizando sus orígenes, objetivos y características. A continuación, se describió de manera detallada la experiencia en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., incluyendo la presentación de la vida cotidiana de los huéspedes y las actividades

realizadas por la investigadora. Finalmente, se elaboró un diario de campo donde se reflejaron las reflexiones personales sobre la experiencia, incluyendo propuestas de mejora para la atención de las personas con trastornos psicológicos. A continuación, se muestra un diagrama del proceso de sistematización que lleve a cabo.

Imagen 2. Proceso de Sistematización



Fuente: Elaboración propia

CAPITULO II. HACIA UN ENTORNO SEGURO Y PROTECTOR

El objetivo de este segundo capítulo es brindar al lector una comprensión detallada de la Asociación, incluyendo su funcionalidad, la forma en que se estructura el trabajo y la descripción del personal que la integra. Asimismo, se presentará un recorrido histórico por los espacios psiquiátricos en México, explicando la evolución hasta la concepción de las Casas de Medio Camino.

2.1 México y los enfrentamientos con la psiquiatría

En la actualidad, las enfermedades mentales han cobrado mayor relevancia debido a su creciente incidencia en la población. No obstante, aún existe un desconocimiento generalizado sobre la definición precisa de enfermedad mental y las implicaciones de vivir con una discapacidad psicosocial.

El estudio formal de la psiquiatría emergió en Europa durante el siglo XIX, una época en la que, a pesar de los avances en otras áreas de la medicina, la salud mental permanecía en gran medida inexplorada. Sin embargo, mucho antes de este auge, la ciudad de Valencia se erigió como pionera al albergar el primer hospital psiquiátrico del mundo. Este acontecimiento marcó el inicio de la institucionalización de la atención a los padecimientos mentales, con la creación de hospitales y sanatorios dedicados al análisis y tratamiento de estas condiciones. No obstante, es crucial señalar que estos primeros establecimientos tenían un alcance limitado, restringido principalmente a las clases sociales más acomodadas. La atención psiquiátrica, en sus inicios, era un privilegio reservado para aquellos capaces de sufragar los costos de su cuidado, dejando a la población de bajos recursos sin acceso a estos servicios esenciales.

En contraste con Europa, la historia de la psiquiatría en México se inicia tras la Conquista, durante el periodo de la Nueva España. Antes de la llegada de los europeos, las prácticas de "curación" se basaban en la herbolaria y rituales, enfocándose en la sanación de padecimientos que se atribuían a diversas causas, a menudo fuera del entendimiento médico moderno. Es crucial destacar que, a pesar de estas prácticas, el estigma social hacia las personas con trastornos mentales era similar al de otras culturas. La falta de juicio de las enfermedades mentales llevaba a

la sociedad a marginar y rechazar a quienes las padecían. Tras la Conquista, la introducción de conceptos médicos europeos comenzó a transformar la comprensión y el tratamiento de estos padecimientos, aunque el estigma persistió durante siglos.

En el año 1566, la Nueva España se convirtió en pionera en la atención de la salud mental en América con la fundación del Hospital de San Hipólito. Este hospital, impulsado por la visión y dedicación de Fray Bernardino Álvarez, representó un momento significativo, al ser una de las primeras instituciones en el continente dedicadas al cuidado de personas con enfermedades mentales. Fray Bernardino Álvarez, cuya vida estuvo marcada por su compromiso con los más necesitados, destinó gran parte de su energía a este proyecto.

El Hospital de San Hipólito se erigió en un terreno donado, y su mantenimiento dependía en gran medida de la caridad de las clases altas de la sociedad novohispana. Sin embargo, a diferencia de los hospitales europeos de la época, que solían restringir su atención a las élites, el San Hipólito abrió sus puertas a personas de todas las clases sociales. Esta exclusividad marcó una diferencia crucial, ofreciendo un refugio y tratamiento a aquellos que, de otro modo, habrían sido marginados.

La fundación del Hospital de San Hipólito no solo significó un avance en el tratamiento de las enfermedades mentales en América, sino que también representó un cambio en la percepción social de estas condiciones. Al proporcionar un espacio dedicado a su cuidado, se comenzó a visibilizar a una población que históricamente había sido ignorada y estigmatizada.

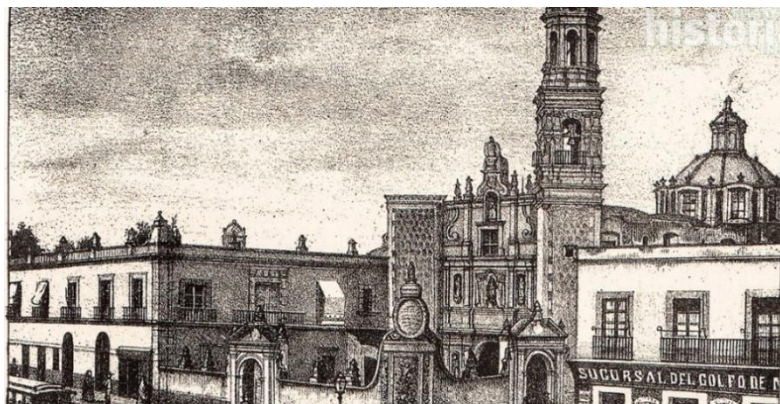
El impacto de instituciones como el Hospital de San Hipólito fue tal, que se impulsó la creación de más unidades de atención psiquiátrica a lo largo de la República. Fray Bernardino Álvarez, con su incansable labor, logró movilizar a personas influyentes y benefactores, tanto para obtener apoyo económico como para conseguir espacios adicionales donde albergar a personas en situación de calle, con especial atención a aquellos que padecían enfermedades mentales. Su visión trascendió la mera

asistencia, sentando las bases para una incipiente red de atención psiquiátrica en la Nueva España.

Sin embargo, la consolidación de la psiquiatría como un campo de estudio dentro de la medicina tardaría en llegar. En la época colonial, la prioridad de estas instituciones no era tanto el tratamiento médico integral, sino más bien el aislamiento de los enfermos mentales de la sociedad. La percepción predominante era que mantener a estas personas recluidas contribuía a la "seguridad" y "orden" social, en lugar de enfocarse en su bienestar y recuperación. Esta mentalidad reflejaba el desconocimiento generalizado sobre las enfermedades mentales y el profundo estigma que las rodeaba.

A pesar de las limitaciones de la época, la labor de Fray Bernardino Álvarez y la fundación de hospitales como el San Hipólito marcaron un precedente importante. Estos espacios, aunque imperfectos, representaron un primer paso hacia la atención de una población históricamente marginada. Con el tiempo, y a medida que la medicina avanzaba, la psiquiatría fue ganando terreno como una disciplina científica, transformando gradualmente la forma en que se entendían y trataban las enfermedades mentales en México.

Imagen 3. Representación del Hospital San Hipólito



2.2 La Castañeda

Fue en los últimos años del siglo XIX y una vez que México recupera su independencia, que se comienzan a expandir las influencias científicas de otros países, favoreciendo a los diversos ámbitos de estudios, pero aún seguía sin haber un interés profundo por estudiar los trastornos mentales.

A pesar del persistente desinterés por comprender los padecimientos mentales, el inicio del siglo XX marcó un tímido avance en la atención psiquiátrica en México. Se construyeron pequeños sanatorios en diversas regiones del país, ofreciendo un refugio limitado para personas con enfermedades mentales. El doctor Guillermo Calderón Narváez desempeñó un papel crucial en este periodo, como se evidencia en su obra *"Las enfermedades mentales en México"* (2002). Este libro no solo documenta la evolución de la psiquiatría en México, sino que también revela las arraigadas concepciones erróneas y el estigma que rodeaba a los enfermos mentales.

La visión humanista de Calderón lo impulsó a reunir a psiquiatras de todo el país, con el objetivo de profundizar en el estudio de la mente humana y mejorar la atención a los pacientes. Su enfoque revolucionó la práctica psiquiátrica, transformando la forma en que se abordaban las enfermedades mentales y se trataba a los pacientes. Consciente de la falta de preparación de la sociedad para aceptar la diversidad de condiciones humanas, Calderón se convirtió en un defensor incansable de los derechos de los enfermos mentales.

En 1965, su visión cobró mayor fuerza al colaborar con el presidente en turno para implementar la *"Operación Castañeda"*. Esta iniciativa buscaba demoler el Hospital General Psiquiátrico, conocido como *"La Castañeda"*, que albergaba a pacientes en condiciones deplorables e inhumanas. La demolición de este símbolo de la negligencia y el maltrato representó un hito en la lucha por la dignidad de los enfermos mentales en México. La *"Operación Castañeda"* marcó el inicio de una transformación en la atención psiquiátrica, sentando las bases para un enfoque más humano y respetuoso.

El gobierno del general Porfirio Díaz marcó un punto de inflexión en la psiquiatría mexicana. La creciente visibilidad de los pacientes con padecimientos mentales en el ámbito social exigió la creación de un espacio más amplio para su atención. En respuesta, se inició el proyecto de construcción del Hospital General de Manicomio, conocido como "La Castañeda", en 1908, culminando con su inauguración en 1910.

Si bien la apertura de "La Castañeda" representó un avance en la infraestructura médica, es crucial reconocer las motivaciones subyacentes. En el contexto de la modernización porfiriana, el presidente Díaz buscaba proyectar una imagen de progreso y civilización ante los visitantes europeos. La presencia de enfermos mentales en las calles se consideraba un obstáculo para esta imagen, por lo que su reclusión en un hospital se percibía como una solución conveniente.

Lamentablemente, "La Castañeda" se convirtió en un símbolo de la marginación y el control social. Más allá de brindar atención médica digna, el hospital se utilizó para aislar y controlar a los enfermos mentales, manteniéndolos alejados de la vista pública. Las condiciones de vida dentro de la institución eran deplorables, reflejando el desconocimiento y el estigma que rodeaba a las enfermedades mentales en la época.

A pesar de sus limitaciones, "La Castañeda" marcó un parteaguas en la historia de la psiquiatría mexicana. Su existencia, aunque problemática, evidenció la necesidad de abordar la salud mental y sentó las bases para futuras transformaciones en la atención psiquiátrica.

Imagen 4. Fotografía del Hospital psiquiátrico *La Castañeda*



Principalmente este manicomio fue concebido inicialmente para albergar a aproximadamente 1300 pacientes. Sin embargo, su creciente notoriedad condujo a un fenómeno preocupante: familias que, buscando distanciarse de sus seres queridos con síntomas de enfermedades mentales, los internaban en la institución. Esta práctica, motivada por el estigma social y la falta de comprensión, provocó una rápida sobrepoblación del hospital.

Según los registros de la Secretaría de Salud, "La Castañeda" llegó a albergar a más de 61,400 pacientes a lo largo de su funcionamiento. Esta cifra alarmante superó con creces su capacidad original, generando condiciones de vida lamentables. La sobrepoblación alcanzó niveles críticos, obligando a los pacientes a dormir en el suelo ante la escasez de camas.

La sobrecarga de pacientes también afectó la calidad de la atención médica. El personal, ya de por sí insuficiente, se vio abrumado por la creciente demanda, lo que resultó en una atención menos personalizada y en la imposibilidad de brindar un tratamiento adecuado a cada individuo. La falta de recursos y la negligencia se convirtieron en una constante, perpetuando el sufrimiento de los pacientes y consolidando la imagen de "La Castañeda" como un depósito de enfermos mentales, en lugar de un centro de atención médica.

La situación en este lugar evidenció la urgente necesidad de reformar la atención psiquiátrica en México. La sobrepoblación, la falta de recursos y el maltrato sistemático revelaron la profunda crisis que afectaba a la salud mental en el país. Este sombrío capítulo de la historia de la psiquiatría mexicana impulsó la búsqueda de alternativas más humanas y efectivas para el tratamiento de las enfermedades mentales.

Adoptó este nombre debido a su ubicación en terrenos previamente designados como tales, en la actual zona de las Torres de Mixcoac. Este complejo hospitalario psiquiátrico se extendía sobre una vasta superficie, meticulosamente dividida en diversas áreas destinadas a la atención y rehabilitación de los pacientes. Entre estas

instalaciones, destacaban salas de juego, un cine, una biblioteca y escuelas, espacios diseñados para fomentar la interacción social y el desarrollo personal de los internos.

Además de las áreas de tratamiento y recreación, "La Castañeda" contaba con viviendas cercanas a la entrada, destinadas al personal médico y administrativo. Estas residencias permitían una presencia constante de doctores, enfermeras y otros trabajadores, facilitando la atención continua de los pacientes.

La concepción inicial de "La Castañeda" reflejaba una visión de modernidad y progreso, donde la atención psiquiátrica se integraba con espacios de recreación y educación. Sin embargo, la realidad del hospital se desvió significativamente de este ideal, transformándose en un símbolo de la marginación y el maltrato. A pesar de sus instalaciones, se convirtió en un depósito de enfermos mentales, donde la falta de recursos y la negligencia prevalecieron sobre la atención médica digna

"La Castañeda" ofrecía una variedad de servicios, incluyendo enfermería y atención de urgencias. Sin embargo, uno de los tratamientos más notorios y controvertidos era la electroterapia. Esta técnica, que consistía en la aplicación de descargas eléctricas en el cerebro, se utilizaba con la intención de "curar" a los pacientes, aunque su eficacia y ética han sido ampliamente cuestionadas.

La electroterapia se convirtió en una práctica común, empleándose en un porcentaje significativo de la población del hospital. Esta técnica, que hoy en día se considera obsoleta y perjudicial, reflejaba la falta de entendimiento y los métodos rudimentarios que caracterizaban la psiquiatría de la época.

La estructura de "La Castañeda" reflejaba la segregación y el estigma que caracterizaban la psiquiatría de la época. Los edificios se organizaban en pabellones, cada uno designado según las características de los pacientes que albergaba. Esta clasificación, lejos de ser un enfoque terapéutico, evidenciaba la falta de comprensión y el prejuicio hacia las enfermedades mentales.

Existían pabellones para alcohólicos, separados por género, lo que reflejaba la visión de la adicción como una enfermedad moral. También había pabellones para pacientes epilépticos, considerados diferentes y necesitados de aislamiento. Los pacientes considerados "peligrosos", aquellos que habían cometido actos de violencia, eran enviados por la policía y confinados en pabellones de máxima seguridad.

Uno de los pabellones más infames era el denominado "de los imbéciles", donde se recluía a personas con discapacidad intelectual, un término que hoy en día se considera despectivo e irrespetuoso. La falta de entendimiento sobre esta condición llevaba a su aislamiento y marginación.

Por último, existía un pabellón exclusivo para pacientes "infecciosos", un eufemismo para referirse a personas con enfermedades venéreas. Esta segregación reflejaba el estigma asociado a estas enfermedades y la falta de una atención y tratamiento médico adecuado.

Imagen 5. Paciente y enfermeras de La Castañeda en las instalaciones



Tal fue la fama de éste manicomio que, se convirtió en una especie de espectáculo para la sociedad, de manera que se generó una especie de jerga entre la entidad que consistía en amenazar a los niños que tenían mal comportamiento con enviarlos a

dicho lugar, así mismo, se le denominaron algunos nombres que le hacían gracia a las personas como “Locopolis” o “El palacio de los locos”.

Lamentablemente, los sanatorios y hospitales psiquiátricos de la época, incluyendo "La Castañeda", se caracterizaban por la falta de un enfoque terapéutico humano y efectivo. En lugar de ofrecer tratamientos innovadores o estudios rigurosos sobre las enfermedades mentales, estas instituciones eran conocidas por el maltrato y la violencia que sufrían los pacientes. "La Castañeda", en particular, se ganó la reputación de ser el peor de estos hospitales, debido a la brutalidad de los tratos y la crueldad de los procedimientos médicos.

La falta de psicofármacos en la época obligaba a recurrir a métodos arcaicos y dolorosos, como la electroterapia, mencionada anteriormente. Esta técnica, que consistía en la aplicación de descargas eléctricas en el cerebro, se utilizaba de forma indiscriminada, causando un sufrimiento innecesario a los pacientes.

La sobrepoblación del lugar agravaba aún más la situación. La falta de espacio y personal impedía brindar una atención adecuada, lo que resultaba en un deterioro de la salud mental de los pacientes. Las condiciones de vida eran lastimosas: alimentación deficiente, higiene precaria, hacinamiento extremo y exposición a enfermedades infecciosas. Los pacientes vivían en un ambiente insalubre y degradante, donde la ropa roída por las ratas y los baños sucios eran la norma. La situación era insostenible y exigía una intervención urgente. La clausura del hospital se convirtió en una necesidad imperante para proteger la dignidad y la salud de los pacientes.

Años después, se iniciaron campañas de salud mental con el objetivo de transformar la atención psiquiátrica en México. Se buscaba garantizar un trato más humano y respetuoso a los pacientes, priorizando sus derechos y brindando tratamientos adecuados a sus necesidades. La historia de "La Castañeda" sirvió como un sombrío

recordatorio de la importancia de proteger la dignidad y los derechos de las personas con enfermedades mentales.

2.3 Una vida digna para todos

En 1984, durante la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se promulgó la Ley General de Salud, un decreto legislativo que reconoció el derecho a la salud para todos los mexicanos. Este marco legal marcó un avance significativo al incluir, por primera vez, una sección dedicada a la salud mental. La sección VI del artículo 3º de dicha ley estableció la responsabilidad del Estado en garantizar la salud física, mental y social de los ciudadanos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En 2003, la Ley General de Salud fue objeto de una reforma que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud. Sin embargo, a pesar de este avance, la salud mental aún no recibía la atención prioritaria que merecía. No fue hasta 2005, durante la presidencia de Vicente Fox Quezada, que se reformó la fracción III del artículo 112, estableciendo la obligación del Estado de orientar y capacitar a la población en materia de salud mental.

A pesar de estos avances legislativos, la realidad era que la falta de información, la escasez de espacios dignos para personas con discapacidad psicosocial y la persistente falta de empatía en la sociedad seguían siendo desafíos sin resolver. Las modificaciones posteriores a la Ley General de Salud no lograron abordar de manera integral estas problemáticas, dejando a la salud mental en una situación de vulnerabilidad.

La historia de la atención a la salud mental en México revela un proceso de evolución lento y complejo. A pesar de los avances legislativos, la falta de implementación efectiva y la persistencia de estigmas sociales continúan obstaculizando el acceso a una atención digna y de calidad para las personas con discapacidad psicosocial.

En 2019, se implementaron modificaciones significativas en el sistema de protección social en salud, con un enfoque particular en la regulación de medicamentos en el ámbito psiquiátrico. Este cambio representó un paso importante hacia una atención más integral y actualizada de la salud mental en México.

Sin embargo, fue hasta la reforma de 2022, durante la administración del presidente Andrés Manuel López Obrador, que se realizaron cambios sustanciales en la Ley General de Salud, específicamente en materia de salud mental. Estas modificaciones fueron el resultado de un proceso de consulta pública, en el que se tomaron en cuenta las peticiones y observaciones de diversos sectores de la sociedad.

Uno de los aspectos más destacados de esta reforma fue el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Se estableció que estas personas tienen el derecho a decidir sobre su estancia en instituciones psiquiátricas, siempre y cuando su capacidad jurídica esté debidamente validada. Este cambio marcó un avance crucial en el respeto a la autonomía y la dignidad de los pacientes.

Además, se reformaron los servicios de salud mental, reconociendo su papel fundamental en el bienestar social. Se enfatizó la importancia de evaluar la condición y capacidad mental de la población, con el objetivo de brindar una atención más personalizada y efectiva.

Estas reformas representan un cambio de paradigma en la atención a la salud mental en México. Se busca transitar de un modelo centrado en la institucionalización y el aislamiento, a un modelo basado en la atención comunitaria, el respeto a los derechos humanos y la promoción de la inclusión social.

Una de las leyes aprobadas abarca incisos positivos que podrían ser totalmente útiles para realizar un nuevo modelo de atención mental, que logre llevar a las instituciones y a la población por un camino de atención sin maltrato ni discriminación.

Un aspecto crucial de esta reforma es el énfasis en limitar el uso de antipsicóticos y antidepresivos en personas con diagnósticos psiquiátricos. Estos medicamentos, si bien necesarios en ciertos casos, pueden tener efectos secundarios perjudiciales y, en

ocasiones, contribuir al aislamiento social del paciente. La reforma busca integrar la atención psiquiátrica en la comunidad, y un paso inicial prometedor sería la colaboración entre hospitales psiquiátricos y hospitales generales.

Esto plantea una pregunta fundamental: ¿es necesario cerrar los centros psiquiátricos para fomentar la conciencia sobre las discapacidades mentales y facilitar la reintegración social de quienes las padecen? La reforma propone un cambio de paradigma en la salud mental, priorizando el bienestar emocional y social. El objetivo es que las personas con enfermedades mentales logren una adaptación personal y colectiva, desarrollando la capacidad de establecer relaciones interpersonales estables. Además, la reforma busca promover un enfoque más humano y personalizado en el tratamiento de las enfermedades mentales. Esto implica considerar las necesidades individuales de cada paciente, fomentar su autonomía y participación activa en su propio proceso de recuperación, y brindarles apoyo para desarrollar habilidades sociales y emocionales que les permitan llevar una vida plena e integrada en la comunidad.

Es importante destacar que la reforma no propone el cierre indiscriminado de los centros psiquiátricos, sino una transformación gradual hacia un modelo de atención más comunitario y descentralizado. Los hospitales psiquiátricos podrían convertirse en centros de salud mental integrales, que ofrezcan una amplia gama de servicios ambulatorios y de hospitalización, y que trabajen en estrecha colaboración con otros recursos comunitarios, como centros de salud, organizaciones sociales y grupos de apoyo mutuo.

En resumen, la reforma busca construir un sistema de salud mental más inclusivo, respetuoso y eficaz, que promueva el bienestar y la recuperación de las personas con enfermedades mentales, y que contribuya a superar el estigma y la discriminación que aún persisten en la sociedad.

A pesar de los avances tecnológicos en el área médica, la salud mental en México enfrenta desafíos significativos que impiden ofrecer condiciones dignas a quienes la necesitan. La inversión y la implementación de proyectos que reflejen estos avances son insuficientes, lo que se traduce en una atención deficiente y poco actualizada.

Además, la dimensión social de la salud mental sigue siendo un área crítica. La desinformación y la falta de empatía persisten en la sociedad, lo que perpetúa el estigma y dificulta la integración de las personas con problemas de salud mental. Esta situación se agrava por la falta de campañas de concientización efectivas y la escasa educación sobre la importancia del bienestar emocional.

2.4 Higiene Mental en el Contexto de los Trastornos/ Discapacidades Mentales

Es crucial comprender la complejidad que implica la atención de una persona con una enfermedad mental. A menudo, la concepción de salud se limita a dolencias físicas, donde la intervención médica tradicional, con diagnóstico y prescripción de medicamentos, suele ser suficiente. Sin embargo, la salud mental presenta un panorama distinto y más intrincado. El paciente con una enfermedad mental enfrenta una lucha interna, a menudo sin conciencia plena de su condición. La identificación de un trastorno mental exige un análisis exhaustivo de factores sociales, emocionales y neuronales, requiriendo un período de observación de al menos seis meses. A diferencia de la atención médica convencional, el manejo de una crisis neurótica puede resultar caótico y demandante.

La propuesta de integrar salas de salud mental en hospitales generales plantea desafíos significativos. La naturaleza de las crisis mentales exige espacios amplios y especializados, con personal capacitado para manejar situaciones de alta complejidad. La convivencia con pacientes de otras áreas médicas podría generar situaciones de riesgo y dificultar la atención adecuada.

Se considera trastorno o enfermedad mental a aquella afectación o alteración del funcionamiento neuronal, emocional y de comportamiento, el cual afecta significativamente el desarrollo de funciones motoras, cognitivas y sociales.

Según el artículo Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007 (2007)

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales... El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal. Actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. (p.77)

Ciertamente, es crucial replantear la visión sobre el futuro de los centros psiquiátricos. Más allá de la idea de su cierre, es fundamental reconocer su potencial como espacios para la promoción de la Higiene Mental. Este concepto, desarrollado por el Estado mexicano y el ámbito psiquiátrico, subraya la interconexión entre la salud mental y el entorno social.

La Higiene Mental postula que las enfermedades mentales no se limitan a factores biológico-neuronales, sino que también surgen y se desarrollan como consecuencia de las interacciones sociales. En otras palabras, la convivencia del individuo en la sociedad puede desencadenar o exacerbar trastornos mentales. Un ejemplo claro es el trastorno depresivo, cuya etiología abarca tanto componentes biológicos como sociales.

En este contexto, los centros psiquiátricos pueden desempeñar un papel fundamental en:

- La prevención: Implementando programas de Higiene Mental para educar a la población sobre los factores sociales que influyen en la salud mental.
- La detección temprana: Ofreciendo servicios de evaluación y diagnóstico para identificar a personas en riesgo de desarrollar trastornos mentales.
- El tratamiento: Proporcionando terapias y tratamientos que aborden tanto los aspectos biológicos como sociales de la enfermedad mental.
- La rehabilitación: Facilitando la reintegración social de los pacientes a través de programas de apoyo y acompañamiento.

Es importante destacar que la Higiene Mental no busca culpabilizar a la sociedad, sino reconocer su influencia en la salud mental. Se trata de promover entornos sociales más saludables y comprensivos, donde se fomente el bienestar emocional y se prevenga la aparición de trastornos mentales.

En lugar de cerrar los centros psiquiátricos, se propone transformarlos en centros integrales de salud mental, que trabajen en estrecha colaboración con la comunidad para promover la Higiene Mental y garantizar una atención digna y eficaz a las personas con enfermedades mentales.

Para expandir la información, es necesario considerar que el concepto de higiene mental, ha sido un concepto utilizado por muchos años, y que en diferentes épocas se le ha dado diferentes significados. Por lo cual es necesario el análisis profundo de esta información, para poder generar nuevos conceptos, que se adapten a la época actual.

Sin embargo, para darle una demarcación más concreta, en 1950 La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Higiene Mental como “La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental”.

Ahora bien, para comprender un poco más sobre la Higiene Mental, es importante remarcar, que, para llevar a cabo éste modelo, se trabaja a través de diversas disciplinas, como, por ejemplo, la psicología y la psiquiatría como base, también la sociología y la pedagogía, las cuales, en conjunto, se compilan para la comprensión, planeación y solución de los problemas que se presentan y pretende arreglar. Esto a

través de métodos clínicos de exploración especiales, uso de técnicas de introspección y de programas que favorezcan la atención de la salud pública.

Absolutamente. Para fortalecer la promoción de la Higiene Mental, es esencial que los profesionales del sector cuenten con el respaldo activo de la Secretaría de Salud Pública. Esto implica una colaboración estrecha para visibilizar la realidad de las personas con trastornos psicosociales, partiendo de un reconocimiento fundamental: **son miembros valiosos de nuestra sociedad.**

2.5 Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

El concepto de Casas de medio camino tiene una historia que está profundamente ligada a la evolución de la atención en salud mental y, de forma más amplia, a los cambios en las políticas de bienestar social y rehabilitación.

La idea de las Casas de Medio Camino (o halfway houses) se origina en Estados Unidos, a partir de la década de 1840, inicialmente en el contexto del movimiento por la templanza para ayudar a personas a rehabilitarse de la adicción al alcohol.

Posteriormente, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, comenzaron a surgir iniciativas similares en el ámbito de la salud mental, como una alternativa a la internación psiquiátrica prolongada. Sin embargo, su consolidación y expansión como un componente clave en la atención psiquiátrica se dio con el movimiento de la desinstitucionalización psiquiátrica a mediados del siglo XX.

Las primeras formas de Casas a medio camino no eran necesariamente como las conocemos hoy, pero ya buscaban ser un espacio intermedio entre el asilo y la vida comunitaria. Algunas eran tratadas por órdenes religiosas o filantrópicas y se enfocaban en la rehabilitación laboral o moral, ofreciendo a los pacientes un lugar donde desarrollar habilidades y prepararse para la vida exterior.

Hoy en día, la propuesta general de las Casas de Medio Camino se centra en ser un puente de transición y rehabilitación para personas que han experimentado trastornos

de alcoholismo, adicciones, y trastornos mentales facilitando su reintegración plena a la vida comunitaria, de manera que la persona pueda reconstruir su proyecto de vida, adquirir herramientas prácticas y emocionales, y fortalecerse para enfrentar los desafíos de la vida fuera de un entorno institucionalizado, promoviendo su dignidad y calidad de vida.

Aunque Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C se fundamenta en la sólida propuesta general de las Casas de Medio Camino, su enfoque va más allá de la mera transición. Si bien comparte los pilares de promover la autonomía y la rehabilitación, esta institución se distingue por sus singularidades profundamente arraigadas en la humanización del proceso y la rica interdisciplinariedad de los agentes que interactúan con los residentes. No se trata solo de un espacio de paso, sino de un verdadero ecosistema terapéutico donde cada individuo es visto en su totalidad, con sus historias, capacidades y potencialidades, no solo a través de la lente de su diagnóstico.

Conociendo ahora el origen y la evolución del concepto de las Casas de Medio Camino, así como sus propuestas generales actuales, profundizaremos en cómo Asistencia Psicoterapéutica aplica y enriquece este modelo.

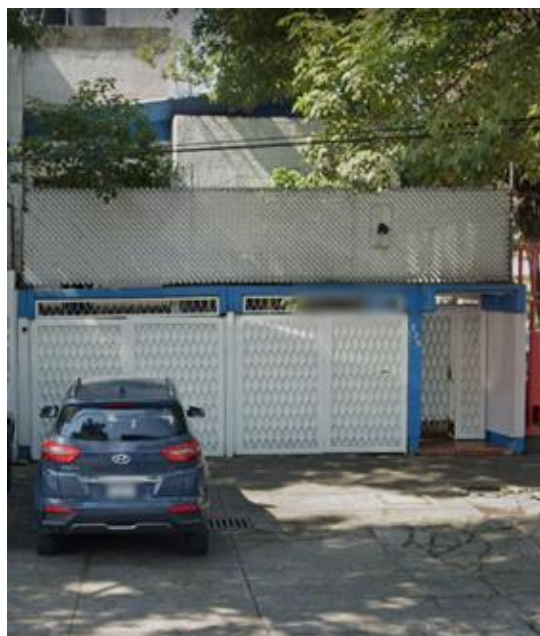
Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C, ubicada en Municipio Libre 235, Colonia Sinatel, en la alcaldía Benito Juárez, es una institución privada que se distingue por ofrecer un modelo de atención único, que se sitúa como un puente entre la cotidianidad de un hogar y la estructura de un hospital psiquiátrico. Este enfoque permite a los pacientes con discapacidad psicosocial experimentar y practicar las actividades de la vida diaria, como tender la cama, asearse y preparar alimentos, en un entorno seguro y de apoyo.

La institución se concibe como una vivienda temporal, donde los pacientes pueden desarrollar habilidades de autonomía y autocontrol, esenciales para su reinserción en la sociedad. Se crea un espacio propicio para aquellos que buscan continuar su tratamiento terapéutico y psicológico, y que requieren un lugar donde vivir durante este proceso.

Además de las actividades cotidianas, Casa de Medio Camino A.C. ofrece terapias individuales y grupales, diseñadas para abordar las necesidades específicas de cada paciente y promover el desarrollo de habilidades sociales y emocionales. talleres ocupacionales que fomentan la creatividad, la expresión y la adquisición de habilidades prácticas, actividades recreativas y culturales que promueven el bienestar físico y emocional, y facilitan la interacción social, y seguimiento personalizado lo cual garantiza la continuidad del tratamiento y la adaptación a las necesidades cambiantes del paciente.

Casa de Medio Camino A.C. se compromete a crear un ambiente cálido, respetuoso y seguro, donde los pacientes se sientan apoyados y motivados para alcanzar su máximo potencial. La institución trabaja en estrecha colaboración con los pacientes y sus familias, para diseñar planes de tratamiento individualizados y garantizar una transición exitosa a la vida independiente.

Imagen 6. Casa de Medio Camino A.C.



La población que reside en las instalaciones de Casa de Medio Camino A.C. se compone de adultos, tanto hombres como mujeres, cuyas edades oscilan entre los 18 y los 70 años. Es fundamental destacar que el ingreso a la institución se realiza de manera voluntaria, lo que subraya el compromiso de los residentes con su propio proceso de recuperación.

La diversidad es una característica distintiva de la comunidad de Casa de Medio Camino A.C., ya que cada residente presenta un diagnóstico de padecimiento mental único. Entre los trastornos más comunes se encuentran la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la psicosis, los trastornos esquizo afectivos y la depresión, aunque también se atienden otros diagnósticos

Imagen 7. Patio de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.



La casa cuenta con ocho habitaciones, cada una equipada con camas individuales y mobiliario amplio para el almacenamiento de ropa y pertenencias personales. Se busca crear un espacio que brinde privacidad y comodidad, elementos esenciales para el proceso de recuperación.

La ocupación de las habitaciones varía, albergando a uno o dos residentes, según la dinámica de ingresos y egresos de la institución. Se fomenta el respeto mutuo y la

convivencia armoniosa entre compañeros de habitación, estableciendo normas claras para garantizar el cuidado del espacio personal y compartido.

El corazón de la casa es la cocina, donde un miembro del personal se encarga de la preparación de alimentos nutritivos y balanceados para todos los residentes, así como de la administración de la despensa. Este espacio se convierte en un punto de encuentro, donde se comparten comidas y se fortalecen los lazos comunitarios.

Una de las funciones primordiales de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. es proporcionar a sus residentes un abanico de tratamientos integrales, diseñados para optimizar tanto su salud mental como física. Este enfoque holístico busca que, a través de una variedad de actividades y terapias, los residentes puedan avanzar hacia una reintegración psicosocial exitosa, lo que repercutirá positivamente tanto en su bienestar individual como en la dinámica de su entorno familiar.

El involucramiento de la familia es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación de los residentes de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. La comunidad reconoce que el apoyo familiar es un factor determinante para la reintegración exitosa de las personas con discapacidad psicosocial.

Desafortunadamente, es común que las familias que enfrentan el desafío de cuidar a un ser querido con una enfermedad mental experimenten tensiones y fracturas. La falta de información, el estigma social y la escasez de recursos pueden generar sentimientos de desesperación y aislamiento.

En Casa de Medio Camino A.C., se trabaja arduamente para fortalecer los lazos familiares y fomentar una comunicación abierta y efectiva. Se busca restablecer el vínculo entre el paciente y su familia, reconociendo que este apoyo es esencial para el bienestar emocional y la recuperación del residente.

Se entiende que la familia debe ser un aliado y un apoyo constante para el paciente. Por ello, se les proporciona información detallada sobre el trastorno mental, las

estrategias de afrontamiento y los recursos disponibles. Se les anima a participar activamente en el proceso de rehabilitación, asistiendo a terapias familiares, grupos de apoyo y talleres educativos. Aunque las reacciones familiares ante un trastorno mental varían, Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. enfatiza la importancia de una actitud de compromiso y continuidad en el cuidado. Se transmite el mensaje de que, al ser un padecimiento crónico, la atención y el apoyo deben ser permanentes. Además, se aborda el sentimiento de abandono que pueden experimentar los residentes, ofreciendo un espacio seguro donde pueden expresar sus emociones y recibir apoyo emocional. Se promueve la creación de una red de apoyo sólida, que incluya tanto a la familia como a otros residentes y profesionales de la institución.

En resumen, Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. considera a la familia como un elemento clave en el proceso de rehabilitación. Se trabaja para fortalecer los lazos familiares, proporcionar información y apoyo, y crear un ambiente de comprensión y aceptación. Al hacerlo, se maximizan las posibilidades de reintegración exitosa de los residentes a la sociedad.

Por otro lado, algo que sobresale de las funciones de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., es que existen algunos convenios con instituciones públicas, tales como el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias), con el cual se mantiene un acuerdo en el cuál, éste envía a las instalaciones de Casa de Medio Camino a algunos residentes, y, al mismo tiempo se hace cargo de los gastos generados, es decir, paga la estancia en la casa y artículos de necesidades básicas.

Mayormente los pacientes que llegan a la comunidad de ésta manera, no cuentan con un nivel económico favorable y/o ningún tipo de soporte familiar, por lo que dicha institución, se convierte en la parte tutelar, es por ello que, a través de dicho convenio se logra el ingreso de éstos pacientes a Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

El programa con el que trabaja la institución Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C. aspira a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial, fomentando procesos de inclusión en distintos ámbitos como el social, familiar, educativo y por supuesto el laboral, es decir, que el paciente rehabilitado pueda desenvolverse en el medio social y así, tener la posibilidad de disfrutar de diferentes servicios, como trabajar, integrarse a una escuela o a alguna otra actividad que se acomode.

2.6. La fuerza detrás de la Institución

En Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., la atención integral de los residentes es una prioridad. Para ello, se cuenta con un equipo de personal capacitado, que supervisa de cerca a cada huésped, adaptándose a sus necesidades individuales. El "facilitador" o "coordinador" desempeña un papel crucial, brindando apoyo personalizado en las áreas donde el residente enfrenta dificultades, y asegurando la administración correcta de la medicación prescrita.

Es fundamental destacar que, aunque Casa de Medio Camino A.C. no es un hospital psiquiátrico convencional, la continuidad del tratamiento médico y psicológico es un pilar fundamental. Los residentes mantienen sus sesiones clínicas programadas, lo que garantiza el seguimiento y la adaptación de su plan terapéutico.

El equipo de coordinación se estructura para proporcionar una cobertura continua, operando las 24 horas del día, los 365 días del año. Esta atención ininterrumpida se garantiza mediante una distribución de turnos que incluye mañana, tarde y noche, donde cada turno asume la responsabilidad de la continuidad del cuidado de los residentes.

Los coordinadores desempeñan roles y responsabilidades multifacéticos. En la gestión de actividades, supervisan programas terapéuticos, recreativos y sociales, asegurando que estén bien planificados y organizados. La atención personalizada es primordial,

adaptándose a las necesidades individuales de cada residente. El manejo de la medicación es una tarea crítica, que requiere precisión en la administración y supervisión para garantizar el cumplimiento de los tratamientos prescritos.

La comunicación y el enlace son esenciales, ya que los coordinadores actúan como puentes entre los residentes, sus familias y los profesionales de la salud, facilitando un flujo de información efectivo. El registro y el reporte son meticulosos, con documentación diaria, informes de incidentes y seguimiento del progreso de los residentes. La resolución de conflictos se aborda con sensibilidad, mediando y creando un ambiente armonioso y seguro.

El enfoque relacional y terapéutico del equipo se basa en la empatía, fomentando relaciones que van más allá del rol de cuidador. La institución se distingue por su ambiente no hospitalario, promoviendo la autonomía, la socialización y el desarrollo personal. Los límites profesionales se mantienen claros, asegurando el bienestar y la seguridad de los residentes. Se fomenta la autonomía, ayudando a los residentes a desarrollar habilidades para la vida diaria y la toma de decisiones. El apoyo emocional es una constante, especialmente en momentos de crisis o dificultad.

La capacitación continua es un pilar fundamental, asegurando que los coordinadores estén actualizados en temas de salud mental y en las mejores prácticas para el cuidado de los residentes.

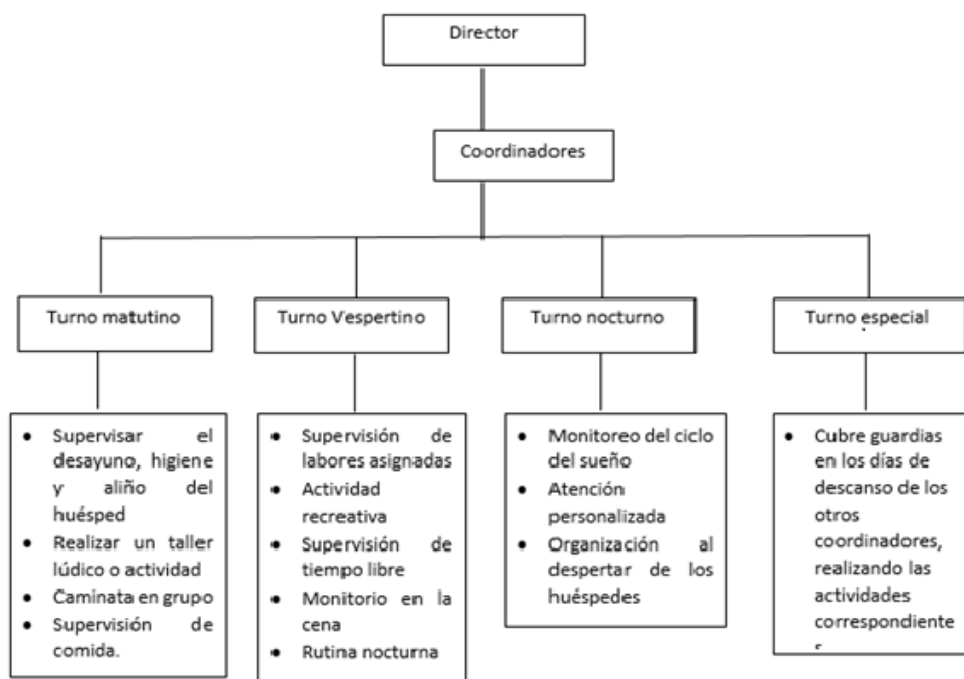
Además, se considera valioso incluir información sobre la formación y experiencia del equipo de coordinadores, destacar la disponibilidad de apoyo psicológico y psiquiátrico para los residentes, y enfatizar la importancia de la participación de las familias en el proceso de rehabilitación.

Imagen 8. Convivencia de residentes con coordinadores



El personal primario de la comunidad, es decir, los coordinadores, tiene diversas funciones divididas entre los diferentes turnos en los que se trabaja, (imagen 9), con la finalidad de ser el soporte que necesitan para lograr mantenerlos lo más cerca posible de su realidad y puedan vivirla lo menos estresante ni amenazante posible.

Imagen 9. Diagrama- Jerarquía y funciones del personal



Fuente: Elaboración propia

El director de la institución ostenta un rol multifacético y de suma importancia. Su figura representa la imagen pública de la organización, proyectando profesionalismo y construyendo relaciones sólidas con otras instituciones, organizaciones y la comunidad en general. Las decisiones estratégicas recaen sobre sus hombros, guiando la dirección y el desarrollo de la institución, incluyendo la definición de su misión, visión y valores, así como la implementación de nuevas estrategias y la adaptación a los cambios del entorno.

En la misión de recursos humanos, el director lidera el proceso de selección de personal, definiendo perfiles, realizando entrevistas y evaluando candidatos, además de supervisar el desempeño del personal, promover un ambiente de trabajo positivo y proporcionar oportunidades de desarrollo profesional. La admisión de pacientes es un proceso crucial, donde el director asegura la evaluación de necesidades, la determinación de la idoneidad y la asignación de recursos, garantizando una atención adecuada y personalizada.

La gestión financiera es otra área de responsabilidad, abarcando la elaboración de presupuestos, la supervisión de ingresos y gastos, y la garantía de la sostenibilidad financiera, incluyendo la búsqueda de fondos a través de donaciones o subsidios. Además, se considera valioso destacar la formación y experiencia del director, la importancia de la comunicación y la transparencia en la gestión, y su papel en la promoción de una cultura de mejora continua y excelencia en la atención.

La estructura del personal se concibe con el propósito primordial de satisfacer las necesidades de estimulación de los residentes, centrando la organización en el bienestar individualizado de cada uno. Para ello, se destaca la importancia de realizar evaluaciones personalizadas, permitiendo adaptar las estrategias de estimulación a las particularidades de cada residente. La comunicación constante entre los miembros del personal se vuelve fundamental para garantizar un seguimiento preciso y efectivo de cada individuo.

La diversidad de estrategias empleadas es un pilar fundamental, abarcando un amplio espectro de actividades destinadas a fomentar el desarrollo físico e intelectual. Se incluyen actividades físicas adaptadas a las capacidades de cada residente, ejercicios cognitivos para mejorar la memoria, la atención y la resolución de problemas, terapias creativas como la música, el arte y la danza, actividades de socialización para promover la interacción y la comunicación, y talleres de habilidades para la vida diaria.

El diseño de estas estrategias se realiza de forma colaborativa, involucrando al propio personal, lo que refleja un profundo conocimiento de las necesidades de los residentes y una capacidad de adaptación constante. Se destaca la importancia de la colaboración con otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, para crear estrategias integrales. Además, se enfatiza la participación activa de los residentes en el diseño de las estrategias, fomentando su sentido de pertenencia y autonomía.

El objetivo principal es lograr un desarrollo integral de los residentes con discapacidad psicosocial, abordando tanto el desarrollo físico e intelectual como el emocional y social. Se reconoce que el desarrollo es un proceso continuo, por lo que las estrategias se revisan y actualizan periódicamente para garantizar su eficacia.

Adicionalmente, se considera valioso incluir información sobre la formación y experiencia del personal en el diseño e implementación de estrategias de estimulación, destacar la importancia de la evaluación continua del progreso de los residentes y adaptar las estrategias en consecuencia, y resaltar el papel del personal en la creación de un ambiente estimulante y motivador para los residentes.

Los facilitadores ofrecen a la comunidad un ambiente de escucha activa, afecto y contención de emociones, mismos que ayudan a motivar al paciente y a contribuir a su propia contención, direccionándolos a un modelo en el que puedan verbalizar sus pensamientos y sentimientos; esto a través de las actividades generadas por los mismos coordinadores, las cuales son creadas de acuerdo a las necesidades y capacidades de los huéspedes, durante las actividades, el encargado en turno, debe permanecer observando el desarrollo de cada uno de los habitantes. Debido a que no todos cuentan con las mismas facultades, las actividades pueden varear, es decir, el grupo puede dividirse para realizar trabajos diferentes y así evitar la discriminación o el apartamiento de los huéspedes en la comunidad.

Esto se logra gracias a que, dentro de las obligaciones y deberes que el personal tiene que seguir, es el constante estudio y renovación de conocimientos, pues es necesario que los coordinadores conozcan todas las actualizaciones que se generan acerca de los trastornos psicosociales, mismas que ayudan en la mejora de las técnicas para la facilidad de entendimiento de las patologías que se encuentran en cada uno de los huéspedes, siendo esto un reflejo del nivel de compromiso que el personal tiene hacia los habitantes de la casa.

2.7 La salida: Un nuevo capítulo para los residentes que han logrado la independencia

La reinserción social de los residentes presenta desafíos significativos, reconociéndose la dificultad para alcanzar un número óptimo de salidas. Esto refleja las complejidades inherentes a la reintegración de personas con discapacidad psicosocial a la comunidad. Sin embargo, la institución mantiene un firme compromiso en superar estas limitaciones y aumentar la tasa de salidas. Es crucial identificar y abordar los retos específicos que dificultan este proceso.

La continuidad del cuidado y el apoyo post-institucional son esenciales para una transición exitosa. El seguimiento post-institucional, liderado por el psiquiatra y la familia, desempeña un papel fundamental en este proceso. Se destaca la importancia de una transición gradual y planificada para minimizar la discontinuidad en el apoyo. El seguimiento constante es vital para identificar y abordar posibles recaídas.

El acompañante terapéutico se presenta como un recurso valioso para facilitar la adaptación del residente a su entorno. Sus funciones incluyen el apoyo en actividades diarias, la comunicación con el psiquiatra y la familia, y el seguimiento del progreso y comportamiento del residente. La capacitación continua del acompañante terapéutico es esencial para garantizar la aplicación de técnicas de apoyo actualizadas.

Los desafíos en la reinserción social son diversos e incluyen el estigma social, la falta de oportunidades laborales y la dificultad para establecer relaciones interpersonales. Es fundamental que la sociedad tome conciencia de las dificultades que enfrentan las personas con discapacidades psicosociales, para brindarles oportunidades de integración.

Se exploran estrategias para lograr una reinserción exitosa, como la implementación de programas de seguimiento a largo plazo, la creación de redes de apoyo comunitario

y la promoción de la inclusión laboral. El desarrollo de habilidades de independencia en los residentes es crucial para su integración.

Se considera valioso incluir información sobre los criterios de alta de la institución y los recursos disponibles para los residentes al salir, destacar la importancia de la colaboración con otras organizaciones y profesionales en el proceso de reinserción, y resaltar la necesidad de sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la inclusión de personas con discapacidad psicosocial.

2.8 Trastornos/Discapacidades mentales en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.

La comprensión de la discapacidad psicosocial se profundiza al reconocer que abarca un amplio espectro de condiciones que impactan la salud mental y la interacción social. Para ilustrar esta diversidad, se pueden añadir ejemplos de trastornos como el bipolar, el obsesivo-compulsivo y el de estrés postraumático. Es esencial considerar que la discapacidad psicosocial no solo afecta al individuo, sino también a sus familiares y entorno social.

La comunidad de Casa de Medio Camino alberga una diversidad de diagnósticos, entre los que destacan trastornos mentales como la depresión, la discapacidad intelectual, el trastorno límite de la personalidad y la esquizofrenia, esta última en sus variaciones paranoide, indiferenciada o residual. Esta variedad de diagnósticos refleja la complejidad de la salud mental y la necesidad de un enfoque de atención integral y personalizado.

A partir de la observación durante mi periodo de trabajo, es evidente que cada diagnóstico se manifiesta de manera única en cada huésped. Aunque compartan el mismo trastorno, las singularidades en su comportamiento y vivencia son notables. Por ejemplo, la depresión puede manifestarse con diferentes grados de intensidad y

síntomas, mientras que el trastorno límite de la personalidad puede variar en la intensidad de las fluctuaciones emocionales y los patrones de relación.

La esquizofrenia, con sus variaciones, presenta una gama de experiencias que van desde la paranoia y las alucinaciones hasta la indiferencia emocional y el deterioro cognitivo. La discapacidad intelectual, por su parte, implica desafíos en el aprendizaje y la adaptación, pero también resalta la importancia de reconocer y potenciar las capacidades individuales.

Es fundamental comprender que cada huésped es un individuo con una historia y una personalidad única, y que su diagnóstico es solo una parte de su identidad. El enfoque de atención debe centrarse en el respeto a su individualidad, en la promoción de su bienestar y en el desarrollo de sus capacidades.

Dentro de la comunidad de Casa de Medio Camino, la depresión se manifiesta de manera particular en un huésped cuya edad oscila entre los 40 y 50 años. Su diagnóstico arraigado en un momento traumático de su vida, se alinea con la definición otorgada por la Organización Panamericana de la Salud “es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida” (párr.1).

Sin embargo, la observación de este huésped revela una notable capacidad para canalizar sus emociones durante los momentos de crisis. Su herramienta es una libreta, donde plasma detalladamente sus actividades diarias y los recuerdos de su juventud. Esta forma de expresión sugiere que la depresión, aunque debilitante, no necesariamente impide la reinserción social. Al mantener al paciente ocupado y enfocado, se abre la posibilidad de una vida plena y productiva.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), también conocido como Bordelinde, se presenta dentro de la comunidad con una residente de 40 años de edad, la cual se manifiesta con una intensidad emocional que desborda los límites convencionales. Las

personas que viven con este trastorno experimentan y expresan sus emociones de una manera que puede ser abrumadora, tanto para ellos como para quienes los rodean. Imaginen una escala emocional donde la mayoría de las personas oscilan entre el 1 y el 5, expresando típicamente un "2". En contraste, alguien con TLP puede alcanzar constantemente el extremo superior de la escala, experimentando emociones con una intensidad de "5".

Esta amplificación emocional se traduce en una montaña rusa de sentimientos, caracterizada por cambios bruscos de humor, relaciones interpersonales inestables y una profunda sensación de vacío. La Secretaría de Salud define este trastorno como parte de un conjunto de afecciones caracterizadas por "alteraciones o anomalías a nivel emocional" (2018), lo cual subraya la centralidad de la desregulación emocional en el TLP.

Más allá de la intensidad emocional, las personas con TLP a menudo luchan con una autoimagen inestable, impulsividad y miedo al abandono. Estos síntomas se entrelazan, creando un patrón de comportamiento que puede ser autodestructivo y perjudicial para las relaciones

Por otro lado, la esquizofrenia, un trastorno que predomina en la comunidad de Casa de Medio Camino A.C., se manifiesta de manera compleja y variada. Antes de adentrarnos en su definición profesional, es crucial compartir las observaciones y aprendizajes adquiridos durante mi estancia y convivencia con los residentes.

Los pacientes con esquizofrenia comparten una particular manera de percibir y expresar su realidad. Esta percepción ondea, alternando entre momentos de lucidez y episodios donde parecen habitar un mundo paralelo. A veces, reviven momentos significativos de su pasado, sumergiéndose en ellos como si fueran el presente. Estas experiencias, profundamente arraigadas en su memoria, configuran una realidad alterna que coexiste con la realidad compartida.

Este vaivén entre la sensatez y la desconexión revela la complejidad de la esquizofrenia. No se trata de una ruptura total con la realidad, sino de una coexistencia de realidades, donde los recuerdos y las percepciones se entrelazan de manera única para cada individuo. Esta particularidad demanda un enfoque de atención que reconozca y respete la singularidad de cada experiencia, buscando construir puentes de comunicación y comprensión.

Ahora bien, al realizar mi investigación, pude determinar que mi observación tenía un gran sentido, pues originalmente, la definición de la palabra Esquizofrenia proviene del griego Esquizo (schizein), que significa “escindir” y Frenia (phren), que significa “mente”, lo que en conjunto significaría “División de la mente”, que, al reflexionar dicha definición coincido en que las personas con este trastorno mantienen una división entre la realidad y su propia realidad.

Sin embargo, la comprensión profesional de la esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de la historia, reflejada en las sucesivas ediciones del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Este manual, creado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), sirve como guía estándar para psicólogos y psiquiatras en el diagnóstico de enfermedades mentales. La versión actual, el DSM-5 (2012), define la esquizofrenia como un "trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos y síntomas negativos"(p.87).

Esta definición subraya la importancia de la disfunción en la vida cotidiana del individuo, excluyendo la sintomatología atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a enfermedades médicas asociadas. Es crucial reconocer que la esquizofrenia no se limita a la "división de la mente" etimológica, sino que abarca un espectro de síntomas que afectan el pensamiento, la percepción, el lenguaje y el comportamiento.

La evolución de la definición de esquizofrenia en el DSM refleja un esfuerzo por refinar los criterios diagnósticos y comprender mejor la complejidad de este trastorno. No obstante, más allá de las definiciones clínicas, es fundamental reconocer la singularidad de cada individuo con esquizofrenia.

Es importante señalar que la esquizofrenia, al igual que otros trastornos mentales, se presenta en diversas formas, cada una con características distintivas. Entre estas variantes se encuentran la esquizofrenia catatónica, desorganizada, residual, indiferenciada y paranoide. En el contexto de Casa de Medio Camino, la esquizofrenia paranoide se manifiesta como la forma predominante, caracterizada principalmente por la presencia de alucinaciones y delirios, tanto visuales como auditivos.

La esquizofrenia paranoide se distingue por la riqueza y la intensidad de las experiencias perceptivas alteradas. Los residentes pueden experimentar visiones vívidas y sonidos que no tienen origen externo, lo que contribuye a la construcción de una realidad paralela. Los delirios, ideas fijas y falsas, a menudo giran en torno a la persecución o la grandiosidad, alimentando la paranoia y la desconfianza.

Es crucial comprender que estas experiencias no son invenciones deliberadas, sino manifestaciones genuinas de un cerebro que procesa la información de manera atípica. La intensidad y la persistencia de las alucinaciones y los delirios pueden generar angustia y confusión, afectando la capacidad del individuo para interactuar con el mundo exterior.

La Discapacidad Intelectual, término que ha reemplazado al antiguo "Retraso Mental", se presenta en Casa de Medio Camino A.C. en residentes cuyas edades oscilan entre los 20 y 30 años. Sin embargo, su manifestación se traduce en una capacidad intelectual comparable a la de niños de 6 años, no en términos físicos, sino cognitivos.

Es importante desmitificar la idea de que la discapacidad intelectual es incompatible con la inteligencia. A pesar de las dificultades para comprender plenamente su

entorno, estos residentes demuestran una notable capacidad para reconocer su ubicación y las personas que los rodean. Esta habilidad resalta la presencia de inteligencia adaptativa, una forma de conocimiento que les permite desenvolverse en su contexto inmediato.

Durante mi estancia, la planificación y ejecución de actividades diseñadas para estimular sus habilidades cognitivas resultó ser una experiencia profundamente gratificante. Observe cómo, a su propio ritmo, lograban adquirir nuevos conocimientos y destrezas. Este proceso reveló que, si bien su aprendizaje difiere del de personas con capacidades "normales", su potencial es innegable.

La Discapacidad Intelectual, por lo tanto, no define la totalidad de la persona. Se manifiesta como una barrera en el entendimiento del mundo, pero no anula la capacidad de aprender, adaptarse y relacionarse. Es esencial reconocer y celebrar sus logros, por pequeños que parezcan, y brindarles el apoyo necesario para que desarrollen su máximo potencial.

Imagen 10. Miembros de la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C.



2.9 Aprendizaje a lo Largo de la Vida Y Educación para Personas Jóvenes y Adultos en la rehabilitación de Asistencia Psicoterapéutica Cada de Medio Camino

El acompañamiento psicosocial en entornos de rehabilitación va más allá del soporte emocional; es una plataforma intrínseca para el aprendizaje y el desarrollo continuo. En mi experiencia trabajando en una Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C, el objetivo principal fue enriquecer la experiencia de los residentes, introduciendo nuevas formas de interacción y estimulación. Buscaba, además, que estas actividades contribuyeran directamente al fortalecimiento y desarrollo de sus habilidades cognitivas y motoras. Lo que comenzó como una labor de servicio y acompañamiento, se transformó en una experiencia reveladora, actuando como un catalizador que me permitió percibir la profunda articulación de mi práctica con dos conceptos esenciales que hasta entonces me eran ajenos en este contexto: el Aprendizaje a lo Largo de la Vida (ALV) y la Educación con Personas Jóvenes y Adultas (EPJA). Mi intervención se dejó ver así plenamente alineada con sus principios.

Por un lado, Aprendizaje a lo Largo de la Vida (ALV) representa un paradigma educativo transformador que ha ganado una relevancia sin precedentes en el siglo XXI, siendo una filosofía latente que redefine la forma en que concebimos la educación y el desarrollo humano. Promovido activamente por diversos autores como Paulo Freire que, aunque no acuñó directamente el término "Aprendizaje a lo Largo de la Vida", la obra de Freire es fundamental para entender la dimensión política y liberadora de la educación de adultos y, por ende, del ALV.

Las personas aprenden a través de la participación activa dentro de un grupo o comunidad, observando e interactuando (Lave y Wenger, 1991), esta perspectiva es compartida por estos dos autores en su texto *"Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation"* (1991), y es crucial para reconocer y valorar el aprendizaje informal que ocurre en el lugar de trabajo, en la familia y en diversas comunidades, un componente

clave del Aprendizaje a lo Largo de la Vida. O también organismos internacionales como la UNESCO, el Aprendizaje a lo Largo de la Vida postula que el aprendizaje no es un evento confinado a la juventud o a las instituciones formales, sino un “proceso continuo que abarca todas las etapas vitales de una persona, desde el nacimiento hasta la vejez” (UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2022b, p. 3). Esta concepción holística del aprendizaje es una respuesta esencial a un mundo en constante y acelerada transformación. El Aprendizaje a lo Largo de la Vida tiene propósitos muy variados y extensos como su propia definición, y sirven para afrontar y comprender los retos que esta presenta.

En primer lugar, el ALV busca el desarrollo integral del individuo, abarcando sus dimensiones personal, social y profesional. No se trata solo de adquirir información, sino de fomentar una evolución holística que permita a las personas "desarrollar sus capacidades y alcanzar su pleno potencial a lo largo de sus vidas" (UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2022b, p. 2). Esto implica el fortalecimiento de habilidades cognitivas, la gestión emocional, la mejora de las relaciones interpersonales y la construcción de un sentido de propósito y bienestar, elementos esenciales para una vida plena y significativa.

En segundo lugar, el ALV es crucial para la adaptación a los cambios del mundo, sean tecnológicos, laborales o sociales. La velocidad a la que evoluciona el conocimiento y el mercado de trabajo hace que las habilidades adquiridas en la juventud se vuelvan obsoletas rápidamente. Como señala la UNESCO en su "Recomendación sobre el Aprendizaje y la Educación de Adultos", el ALV permite a los individuos "adquirir nuevas competencias que les permitan adaptarse a los cambios en el mundo del trabajo" (2015, p. 2). Reportes como los de enfatizan cómo la capacidad de desaprender y reaprender se ha convertido en una habilidad meta fundamental para la resiliencia personal y profesional en la economía del conocimiento (Tecnológico de Monterrey, 2023).

En tercer lugar, el ALV es un pilar para el fomento de la ciudadanía activa y la participación democrática. Al promover el pensamiento crítico, la capacidad de análisis y el diálogo intercultural, el aprendizaje continuo equipa a los individuos para comprender las complejidades del mundo, tomar decisiones informadas y comprometerse activamente en sus comunidades. La UNESCO (2015) afirma que el aprendizaje y la educación de adultos deben permitir a los individuos "participar plena y significativamente en la sociedad" (p.7), contribuyendo al desarrollo sostenible y a la gobernanza democrática.

Finalmente, el ALV contribuye directamente a la mejora de la calidad de vida y la inclusión social. Al empoderar a los individuos con nuevas habilidades y conocimientos, se reducen las brechas de desigualdad y se abren oportunidades para aquellos que, por diversas razones, han sido marginados o excluidos de los sistemas educativos tradicionales. La perspectiva de la Educación Popular, defendida por autores como Gloria Elvira Hernández Flores, ilustra cómo la Educación Para Jóvenes y Adultos va más allá del aprendizaje formal, es decir que, puede trascender la mera alfabetización instrumental para convertirse en un motor dinámico de cambio individual y colectivo, ofreciendo una vía para la emancipación y la justicia social al validar los saberes y experiencias de vida de las personas como fuentes legítimas de aprendizaje.

De esta manera nos adentramos a la Educación para Jóvenes y Adultos que es un concepto que puede definirse como el conjunto de procesos y prácticas educativas diseñadas específicamente para atender las necesidades de aprendizaje de personas jóvenes y adultas. No se limita a la alfabetización básica o a la conclusión de niveles educativos formales, sino que abarca un espectro mucho más amplio de saberes y competencias. Como señala el Consejo Mexicano de Investigación Educativa (COMIE), la EPJA es un "campo heterogéneo y complejo que atiende a una diversidad de poblaciones con distintas necesidades y demandas educativas" (COMIE, 2023). Esta definición implica una flexibilidad metodológica y curricular que se adapta a las características particulares de los estudiantes adultos, reconociendo su experiencia de vida como un recurso valioso para el aprendizaje.

La Educación para Personas Jóvenes y Adultas y el Aprendizaje a lo Largo de la Vida comparten los mismos propósitos porque la EPJA es la materialización y el campo de acción principal del ALV. Es decir, es la forma en que el concepto y los objetivos del ALV se hacen tangibles y accesibles para quienes más lo necesitan o lo buscan en su vida adulta

Más allá de los valiosos aportes de la UNESCO y de Gloria Elvira Hernández Flores, es crucial reconocer la profunda influencia de Paulo Freire, que, aunque ya había mencionado en su obra *Pedagogía del oprimido* (1968), que la alfabetización no era simplemente "aprender a repetir palabras, sino a decir su palabra" (Freire, 2005, p. 109), fue en su visita a México en 1983 que subrayó la vocación transformadora de la Educación para Personas Jóvenes y Adultos (EPJA) en América Latina. Las grandes interrogantes que se debatieron entonces, fueron la alfabetización como concientización, la contextualización del aprendizaje, la participación activa y el rol del educador no son meras reliquias históricas. Por el contrario, representan desafíos permanentes que continúan dando forma a la agenda de la EJA y del Aprendizaje a lo Largo de la Vida (ALV) en la actualidad.

Ahora bien, habiendo definido estos dos conceptos, procederé ahora a explorar su aplicación directa y su relevancia en el contexto de mi experiencia en la Casa Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C, de esta manera, al vincular estos conceptos teóricos con mi experiencia práctica no solo enriquecerá el análisis. También servirá para demostrar cómo el Aprendizaje a lo Largo de la Vida (ALV) y la Educación para Personas Jóvenes y Adultas (EPJA) se manifiestan en la realidad, transformando la vida de las personas. Mi experiencia actuará, así, como un ejemplo tangible que validará la relevancia e impacto de estas ideas en un contexto real.

Tradicionalmente, las Casas de Medio Camino son vistas como espacios de transición terapéutica. Sin embargo, mi enfoque transformó esta percepción, reconociéndolas como entornos privilegiados para el aprendizaje experiencial. Entendí que cada interacción y actividad diaria ofrecía una oportunidad invaluable para la estimulación

cognitiva, social, emocional y desarrollo de habilidades motoras, esenciales para la autonomía de los residentes. Mi intervención se centró en diseñar un día a día que, de forma natural e integrada, retara y motivara a los huéspedes. Esto incluyó desde la participación activa en tareas cotidianas adaptadas, como la preparación de alimentos o el cuidado de un pequeño jardín, hasta la introducción de juegos de mesa que exigían planificación estratégica y motricidad fina.

La clave fue no solo proveer la actividad, sino fomentar la reflexión sobre ella. Por ejemplo, al organizar un juego de mesa, no solo se buscaba la diversión, sino la práctica de la concentración, la memoria y la toma de decisiones. Cada error se convertía en una oportunidad para el reaprendizaje, y cada pequeño éxito, en un refuerzo para la autoestima. Este abordaje se alinea con la visión de la Educación para personas jóvenes y adultos (ya que como se menciona anteriormente, Casa de Medio Camino es solamente para personas mayores de edad) que valora el aprendizaje situado en contextos reales y significativos para el adulto, permitiendo que las habilidades se desarrollen en el uso práctico y no solo en la teoría. La UNESCO subraya que el aprendizaje no está confinado a las aulas formales, sino que abarca "todas las esferas y espacios de aprendizaje, desde la familia hasta el lugar de trabajo, reconociendo el valor del aprendizaje no formal e informal" (UNESCO, 2022b, p. 3). Esto valida el enfoque adoptado en la Casa de Medio Camino, donde las actividades cotidianas se convierten en pedagogías transformadoras, es decir, que durante mi experiencia quería realizar un cambio en el proceso de enseñanza- aprendizaje, herramientas como la creatividad, la imaginación, el uso de los sentidos y la participación.

Por ejemplo, para el fortalecimiento de las habilidades cognitivas y motoras, mis intervenciones fueron meticulosas y adaptadas a las capacidades individuales de cada residente. Reconociendo que los trastornos mentales a menudo impactan la atención, la memoria y la coordinación, implementé actividades diseñadas para estimular estas áreas de manera progresiva. La lectura en voz alta, seguida de debates sobre el texto, no solo mejoraba la comprensión y la memoria de trabajo, sino que también promovía

la expresión verbal y el pensamiento crítico. Los talleres de manualidades, como el origami, el armado de bisutería y hasta la creación de piñatas eran enlaces para perfeccionar la motricidad fina, la coordinación ojo-mano y la planificación espacial.

La interacción social fue un componente fundamental de esta estimulación. Las actividades grupales, como la resolución de acertijos colectivos, la preparación de un platillo entre varios residentes o los viernes de batallas de Karaoke, exigían comunicación, y división de tareas. Estas dinámicas no solo activaban funciones cognitivas complejas, sino que también cultivaban la paciencia, la motivación, la empatía y la colaboración, fortaleciendo las habilidades socioemocionales esenciales para la reintegración. Al transformar la interacción cotidiana en una herramienta pedagógica, observé cómo los residentes no solo recuperaban funciones perdidas, sino que desarrollaban nuevas destrezas, consolidando un proceso de aprendizaje continuo en un entorno de apoyo. Este desarrollo de competencias trasciende la mera rehabilitación, pues, como señala la UNESCO, el aprendizaje a lo largo de la vida busca que los individuos "desarrollen sus capacidades y alcancen su pleno potencial a lo largo de sus vidas" (UNESCO, 2022b, p. 2).

Un aspecto crucial de mi acompañamiento fue el desarrollo de habilidades socioemocionales. El entorno de la Casa de Medio Camino, con su convivencia diaria y el apoyo grupal, se convirtió en un entorno vivencial para aprender a gestionar emociones. Los residentes, que a menudo lidiaban con la frustración, la ansiedad o el aislamiento, fueron guiados en la identificación de sus estados emocionales y en la aplicación de estrategias para regularlos. Por ejemplo, a través de sesiones de diálogo abierto, aprendieron a expresar sus sentimientos de manera constructiva, en lugar de reprimirlos o actuar impulsivamente (lesionar a terceros o autolesionarse). Este proceso de apertura emocional fue un paso fundamental para su bienestar psicológico, lo cual resultó muy satisfactorio de ver, ya que pude notar que algunos residentes que no gustaban de la convivencia poco a poco lograron integrarse a los días en los que nos podíamos reunir.

La convivencia un tanto forzada, al principio resultó desafiante, sin embargo, se transformó en una oportunidad para practicar la comunicación asertiva, la escucha activa y la resolución pacífica de conflictos. Se fomentó la empatía a través de actividades donde los residentes compartían sus experiencias y perspectivas, construyendo un sentido de comunidad y apoyo mutuo. Observé cómo esta mejora en sus interacciones no solo reducía los episodios de conflicto dentro de la casa, sino que también les preparaba para reconstruir lazos familiares y establecer nuevas amistades (lo cual es difícil para ellos) fuera del entorno protegido. Al desarrollar estas competencias socioemocionales, los residentes no solo mejoraron su calidad de vida actual, sino que fortalecieron su resiliencia, adquiriendo la capacidad de afrontar futuros desafíos de manera más adaptativa y constructiva. La “Recomendación sobre el Aprendizaje y la Educación de Adultos” (AEA) de la UNESCO (2015) destaca la importancia de estas habilidades al mencionar que el AEA debe permitir a los individuos participar plena y significativamente en la sociedad, lo que incluye el desarrollo de competencias para la integración social y el bienestar personal.

Quizás uno de los aspectos más profundos y gratificantes de mi rol dentro de la casa fue la posibilidad de ayudar a los residentes a reconocer, validar y reunir los saberes valiosos que habían adquirido a través de sus propias experiencias de vida, pues es crucial señalar que muchos de los residentes de la Casa de Medio Camino contaban con una vasta trayectoria académica, que abarcaba desde la finalización de la educación primaria hasta estudios universitarios completos. Sin embargo, y de manera lamentable, el ascenso de su trastorno y el impacto de la medicación ocasionaban una progresiva pérdida de ese conocimiento y de sus recuerdos. Por ello, el observar cómo, a través de las diversas actividades que implementaba diariamente, lograban poco a poco rescatar vivencias significativas y conocimientos que ocasionalmente compartían con nosotros, fue una experiencia que me llenó de una profunda satisfacción. Este proceso no solo representaba una recuperación cognitiva, sino un valioso revivir de su identidad y de la riqueza de sus trayectorias personales.

Muchas de estas personas llegaron con historias complejas, marcadas por la adversidad (lo cual me hizo trabajar aún más en mi empatía, y en la forma de percibir a esta parte de la población), pero también por una inmensa capacidad de adaptación y resiliencia. Mi labor consistió en crear un espacio donde esas vivencias no fueran solo cargas, sino fuentes legítimas de conocimiento y fortaleza.

Como lo menciono anteriormente, a través del diálogo, la escucha activa y la facilitación de espacios de reflexión grupal, los residentes pudieron identificar habilidades y estrategias que habían desarrollado de forma informal, como su capacidad para manejar situaciones difíciles, para ser empáticos con el sufrimiento ajeno o para encontrar soluciones creativas ante adversidad. Este proceso de validación fue un pilar de la educación a lo largo de la vida, tal como la concibe la UNESCO, que insiste en la importancia de reconocer "todos los tipos de aprendizaje" (UNESCO, 2022b, p. 3). Al ayudarles a ver sus experiencias como un "principal de conocimiento", se fortaleció su autoestima, se redujo el estigma asociado a sus condiciones y se les empoderó para que utilizaran esos saberes como herramientas activas en su proceso de rehabilitación y reintegración. Este reconocimiento no solo fue un acto de respeto, sino un puente vital para su desarrollo continuo, permitiéndoles construir un futuro más sólido sobre los cimientos de su propia historia, ya que no olvidemos que uno de los propósitos de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., es lograr que los residentes puedan salir de las instalaciones y tengan la capacidad de ocupar la menor ayuda posible.

En la Casa de Medio Camino, cada día se transformó en una oportunidad de aprendizaje práctico. Mi acompañamiento se centró en facilitar que los residentes identificaran y desarrollaran habilidades concretas que les permitieran navegar su entorno de manera más efectiva. Abarcando desde la **resolución de problemas cotidianos**, como manejar un presupuesto semanal, planificar sus comidas o visualizar su futuro laboral. Las actividades y dinámicas se diseñaron para que estas habilidades no se aprendieran de forma dificultosa, sino en la aplicación directa a sus realidades. Por ejemplo, al acompañarlos en la elaboración de una lista de compras,

no solo adquirían conocimientos sobre precios, sino que practicaban su pensamiento matemático, la priorización y la toma de decisiones económicas. La gestión de sus rutinas diarias, la participación en las responsabilidades del hogar y la interacción con la comunidad interna y externa se convirtieron en medios donde, a través de la práctica y la retroalimentación, fortalecían su capacidad de autogestión y su sentido de responsabilidad. Este enfoque práctico del aprendizaje es fundamental para la Educación para Personas Jóvenes y Adultos, que busca dotar a las personas de competencias relevantes para su vida real, más allá de los marcos educativos tradicionales.

Mi experiencia en la Casa de Medio Camino reafirma que el acompañamiento que pude dar como pedagoga, cuando se enfoca intencionalmente en el aprendizaje y el desarrollo continuo, se convierte en un potente agente de transformación social. Al enriquecer la experiencia de los residentes con estimulación y nuevas formas de interacción, no solo se les brindó un apoyo temporal; sino que se les equipó con habilidades y con las herramientas socioemocionales necesarias para gestionar sus vidas con mayor autonomía. Este enfoque es un reflejo claro del Aprendizaje a lo Largo de la Vida, reconociendo que la capacidad de aprender y crecer no tiene límites de edad ni de condición. El Marco de Acción de Marrakech (CONFINTEA VII, 2022), de la UNESCO, subraya la necesidad de que los Estados Miembros aumenten "significativamente la inversión pública y movilicen recursos adicionales para el EPJA, reconociéndolo como un bien público y un derecho" (UNESCO, 2022a, p. 5), lo que refuerza la legitimidad y la urgencia de integrar estos modelos educativos en la salud mental.

Finalmente, el éxito de este modelo radica en su capacidad para validar y construir sobre los saberes existentes de los individuos, incluso aquellos adquiridos de forma informal en sus trayectorias de vida. Al hacer de cada día una oportunidad para el reaprendizaje y el fortalecimiento de capacidades y habilidades, la Casa de Medio Camino trasciende su función rehabilitadora para convertirse en una verdadera escuela de vida. Es un testimonio de cómo la intervención psicosocial, cuando se teje

con hilos educativos y pedagógicos, no solo retribuye a la salud mental, sino que empodera a las personas para que continúen su viaje de desarrollo, contribuyendo a la construcción de comunidades más inclusivas y resilientes.

CAPITULO III. MI PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA COMUNIDAD DE ASISTENCIA PSICOTERAPEÚTICA CASA DE MEDIO CAMINO A.C

La distribución de tareas dentro del equipo de coordinación en Casa de Medio Camino AC se refleja en la claridad con la que se me explicaron mis responsabilidades durante la capacitación. Inicialmente, mi enfoque principal era la preparación de actividades para los residentes. Estas dinámicas estaban diseñadas para ofrecerles momentos de distracción y diversión, al tiempo que promovían el desarrollo y la mejora de sus habilidades físicas y cognitivas.

Sin embargo, mi experiencia en la institución trascendió las tareas iniciales. Mi desempeño y mi interés me permitieron involucrarme en otras ocupaciones, ampliando mi comprensión del funcionamiento de la comunidad y mi contribución al bienestar de los residentes.

En este capítulo, detallo las ocupaciones adicionales que asumí y la manera en que las llevé a cabo. Estas experiencias me permitieron profundizar en el conocimiento de los residentes, sus necesidades y sus capacidades, y me brindaron la oportunidad de aplicar mis habilidades de manera más integral.

La flexibilidad y la apertura para asumir nuevas responsabilidades fueron clave en mi aprendizaje y crecimiento profesional en Casa de Medio Camino A.C. La diversidad de tareas me permitió desarrollar una visión más amplia de la atención a personas con discapacidad psicosocial y me brindó la oportunidad de contribuir de manera significativa a su proceso de rehabilitación

3.1 Desarrollo de actividades para los huéspedes de la comunidad

Al integrarme a la dinámica de Casa de Medio Camino A.C., se me informó sobre el repertorio de actividades habituales de los residentes, predominantemente juegos de mesa y manualidades, actividades que se desarrollaban dentro del entorno de la casa. Sin embargo, se me brindó la oportunidad de diseñar y ejecutar dinámicas

innovadoras, siempre y cuando se garantizara la integridad física, emocional y mental de los residentes.

Esta apertura me permitió desafiar la rutina establecida y proponer actividades que los sacaran de su zona de confort. Mi objetivo era enriquecer su experiencia, introduciendo nuevas formas de interacción y estimulación. Buscaba, además, que estas actividades contribuyeran al fortalecimiento y desarrollo de sus habilidades cognitivas y motoras.

La planificación de estas dinámicas requerirá una cuidadosa consideración de las necesidades y capacidades individuales de los residentes. Se trataba de diseñar experiencias que fueran tanto estimulantes como seguras, que les permitieran explorar nuevas facetas de sí mismos y del mundo que los rodeaba.

La implementación de estas actividades implicó un proceso de observación y adaptación constante. La respuesta de los residentes fue diversa, pero en general, se mostraron receptivos y participativos. Su entusiasmo y su progreso me confirmaron la importancia de ofrecerles oportunidades para expandir sus horizontes y descubrir nuevas formas de expresión.

El desarrollo de las actividades implementadas en la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A. C., que se describe en el siguiente capítulo, se presenta de manera práctica y accesible, con el objetivo de facilitar al lector la comprensión de la experiencia y fomentar la empatía hacia los residentes y, por extensión, hacia todas las personas que enfrentan enfermedades mentales.

Se busca, a través de esta descripción detallada, acercar al lector a una realidad que, lamentablemente la sociedad aún no ha integrado plenamente. A pesar de los avances en la comprensión de la salud mental, los padecimientos psicológicos continúan siendo un tema relegado, rodeado de desinformación.

3.2. Ventanas a un día: La experiencia de vivir en comunidad en Casa de Medio Camino.

La Casa de Medio Camino opera bajo un modelo de tratamiento post-hospitalario, diseñado para facilitar la rehabilitación integral de individuos que han atravesado un internamiento psiquiátrico. Este enfoque se centra en la recuperación y fortalecimiento del desarrollo psicoemocional y psicosocial, elementos cruciales para la reintegración exitosa a la vida cotidiana.

Los pacientes aprenden y reaprenden a respetar ciertas reglas y horarios...

Pretendemos que se apropien del espacio de la comunidad, que la sientan su casa, ya que para muchos será su lugar de residencia por un tiempo prolongado (Hernández A, Herrera A. 1997).

Durante su estancia en la Casa de Medio Camino, se fomenta activamente la percepción de la comunidad como un hogar seguro y acogedor. Para lograrlo, se implementa un programa de actividades cuidadosamente diseñado que ofrece a los residentes la oportunidad de experimentar y reaprender la dinámica de un núcleo familiar funcional.

Este programa se basa en la participación activa en tareas y responsabilidades cotidianas, presentadas no como obligaciones, sino como contribuciones esenciales para el bienestar de la comunidad.

Un ejemplo concreto de cómo se fomenta la autonomía y la responsabilidad es la preparación de la cena, una actividad cotidiana esencial. En la Casa de Medio Camino, esta tarea se convierte en una oportunidad terapéutica. Cada semana, un residente asume la responsabilidad de planificar, preparar y servir la cena para toda la comunidad, siempre con el apoyo y la supervisión del coordinador de turno.

Este proceso se estructura a través de un calendario rotativo, asegurando que todos los residentes tengan la oportunidad de participar y desarrollar sus habilidades culinarias y de organización. El coordinador actúa como guía, ofreciendo apoyo práctico y emocional, y adaptando las expectativas a las capacidades individuales de cada residente. El objetivo principal de estas actividades es activar y fortalecer habilidades esenciales para la vida diaria, tanto dentro como fuera de las instalaciones.

A continuación, se presenta un día típico en la vida de un residente dentro de la comunidad de Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino AC, detallando las actividades y horarios que estructuran su rutina diaria. Es importante señalar que esta descripción se centra en las acciones realizadas por la mayoría de los residentes, excluyendo a aquellos con discapacidades mentales y motrices significativas. Estos últimos reciben atención individualizada y especializada, con un acompañante que les asiste en todas sus necesidades.

Un día en la Casa de Medio Camino se caracteriza por una combinación de actividades terapéuticas, tareas domésticas y tiempo libre estructurado, diseñada para fomentar la autonomía, la responsabilidad y la reintegración social.

Lunes 14 de febrero de 2022

- **08:00 AM:** Suena la alarma en la habitación, lo cual indica que el huésped debe despertar, posteriormente, cuenta con treinta minutos adicionales para que pueda levantarse y tender su cama.
- **8:30 AM:** Al terminar el acomodo de su cuarto, deberá pasar a darse un baño, el cual no debe pasar de 20 minutos, ya que solo hay dos baños y deben pasar todos los huéspedes a asearse. Cuando termina, vuelve a su cuarto para cambiarse y alistarse.
- **10:00 AM:** Baja a alistar la mesa para el desayuno (suponiendo que es la semana en la que le toca realizar dicha tarea), es decir, se encarga de poner manteles, cubiertos, vasos, servilletas y poner las jarras con el té.

Posteriormente, vuelve a la sala de estar a esperar a que esté listo el desayuno y pasar a ingerir sus alimentos.

- **11:15 AM:** El huésped termina de desayunar; antes de levantarse de la mesa debe esperar a que el coordinador pase a su lugar a darle el medicamento que le corresponde tomar a esa hora del día. Después de tomar su medicamento, pasará a la cocina a dejar su plato, vaso y cubiertos.
- **11:30 AM:** Deberá estar alistado, es decir, haber lavado sus dientes, ponerse bloqueador y una gorra para poder salir a dar una caminata al parque que se encuentra cerca de las instalaciones.
- **12:10 AM:** Regresa a la comunidad, y lo que debe hacer es lavar sus manos, subir a su cuarto a dejar sus pertenencias y pasar a la sala de estar para esperar a que llegue el camión que surte la despensa para apoyar a meter a la cocina los artículos y alimentos que lleguen.
- **1:00 PM:** Durante éste tiempo, puede realizar cualquier actividad que desee, por ejemplo, pedir una bocina en coordinación y escuchar música en su cuarto, ver un poco de televisión en la sala, conversar con sus compañeros o con el coordinador, preguntar en cocina si puede apoyar en algo, etc.
- **2:00 PM:** Debe bajar a la sala, para reunirse con sus compañeros y con el coordinador para que éste tome nota de lo que quiere que le compren de la tienda, ya sea unas frituras, dulce, un refresco o un pan, el cual podrá comer después de terminar el taller de la tarde. Al terminar, podrá volver a sus actividades personales, hasta la hora de la comida.
- **3:00 PM:** El huésped pasará al comedor, mientras come, el coordinador le entregará el medicamento que debe tomar. Al finalizar sus alimentos, pasa a dejar sus trastes a la cocina y deberá ir a lavar sus dientes, para que al terminar pase a la sala de estar a esperar el comienzo del taller de la tarde.
- **4:00 PM:** Durante una hora aproximadamente, el huésped se integra a la actividad que el coordinador o tallerista en turno le pone a realizar.

- **5:00 PM:** Terminando el taller, el huésped debe ir a lavar sus manos, para después pasar a coordinación y pedir lo que se le compró de la tienda. Podrá comerlo en su cuarto o en la sala de estar, mientras ve un poco de televisión.
- **6:00 PM:** Pasa con el coordinador en turno para realizar algunas páginas del cuadernillo de retos matemáticos y desafíos de lógica, el cual le ayudará con su proceso de construcción de un pensamiento lógico.
- **7:00 PM:** Podrá pasar a su habitación, mientras espera la hora de preparar la cena.
- **7:30 PM:** El huésped deberá pasar a la cocina a revisar el menú para la cena y con ayuda de uno o dos compañeros preparar los alimentos para los demás habitantes.
- **8:15 PM:** Termina sus alimentos, toma su medicamento y pasa a la cocina para lavar sus trastes, al terminar pasa a cepillar sus dientes y puede ir a su cuarto.
- **8:30 PM:** El huésped deberá estar en su cuarto, listo para dormir.

En resumen, la estructura diaria en la Casa de Medio Camino reconoce la importancia de la flexibilidad y la adaptación a las necesidades individuales. Por lo tanto, la rutina diaria está diseñada para ser adaptable y se modifica según sea necesario; entre los factores que influyen para que la rutina cambie pueden ser citas médicas y terapéuticas, salidas con familiares o alguna necesidad de emergencia.

3.3 El taller lúdico: Una inmersión en el aprendizaje a través del juego

La palabra lúdica es definida por el diccionario de la Real Academia Española como: “Perteneiente o relativo al juego”, del latín ludus, es decir “juego” e -íco. Sin embargo, esta definición, aunque precisa, resulta limitada al considerar la riqueza y profundidad del concepto en el ámbito de la pedagogía y la psicología. Diversos autores de renombre, como Jean Piaget, Lev Vygotsky y Paulo Freire, han explorado y expandido la noción de lo lúdico, otorgándole un papel fundamental en los procesos de aprendizaje y desarrollo humano. Piaget, por ejemplo, observó que el juego permite a

los niños construir activamente su comprensión del mundo a través de la experimentación y la exploración, estimulando así el desarrollo cognitivo, la creatividad, la resolución de problemas y el pensamiento crítico.

Vygotsky, por su parte, destacó el papel fundamental del juego en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, como la cooperación, la negociación y la empatía. Además, el juego proporciona un espacio seguro para la expresión emocional y el manejo de conflictos, contribuyendo al bienestar integral del individuo.

Desde una perspectiva crítica, Freire consideró que lo lúdico puede ser una forma de resistencia y transformación social, al permitir a los individuos cuestionar y subvertir las estructuras de poder. El juego facilita el aprendizaje de una manera dinámica y atractiva, lo que mejora la retención del conocimiento y fomenta la participación activa.

En este sentido, lo lúdico se concibe como una dimensión inherente a la experiencia humana, que abarca no solo el juego en sí, sino también la actitud de apertura, curiosidad y disfrute que lo acompaña. Es una forma de relacionarse con el mundo que fomenta la creatividad, la exploración y el aprendizaje continuo.

Por lo tanto, al hablar de lo lúdico, nos referimos a mucho más que un simple entretenimiento. Se trata de una herramienta pedagógica y psicológica que puede mejorar significativamente la calidad de vida de las personas, al promover el aprendizaje y el bienestar a través de la diversión y la participación activa.

Con base a mis conocimientos, considero que, todos aquellos talleres o actividades lúdicas son una extensión de propuestas que, a través del juego generarán aprendizajes, adquiridos de manera didáctica y más sencilla, utilizando diversos enfoques tales como, el visual, auditivo, táctil y olfativo y así, poder garantizar un aprendizaje a toda la población y posibilitar el conocimiento, tomando en cuenta todas las limitantes a las que hoy en día nos enfrentamos. Como lo plantea Posada R, (2014)

Las actividades lúdicas mejoran la motivación, atención, concentración, potencia la adquisición de información y el aprendizaje generando nuevos conocimientos. En su accionar vivencial y por su alta interacción con otros y con el medio aumenta la capacidad al cambio, de recordar y de relacionarse dentro de ambientes posibilitantes, flexibles y fluidos. (p.56)

El diseño de talleres dirigidos a personas con discapacidades psicosociales me llevó a reconocer el verdadero valor de la lúdica como herramienta terapéutica. En este contexto, la lúdica trascendió su mera connotación de entretenimiento, convirtiéndose en un conductor viable para el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales en los residentes. La implementación de actividades lúdicas demostró ser especialmente efectiva para mantener la atención de los participantes durante períodos prolongados. A través del juego, se logró crear un ambiente distendido y motivador, donde los residentes podían distraerse, aprender y divertirse simultáneamente.

Además de los beneficios cognitivos y sociales, la lúdica desempeñó un papel fundamental en el fortalecimiento del vínculo entre facilitador y residente. Las actividades lúdicas, al requerir tiempo, atención y paciencia por ambas partes, fomentaron la colaboración, la confianza y el respeto mutuo. La transformación de las actividades tradicionales en juegos con objetivos e intenciones claras permitió a la comunidad (residentes y coordinadores) alcanzar los propósitos de cada taller, que convergen en el aprendizaje y el crecimiento personal

3.4 Diseño de talleres y actividades lúdicas

Actividades de acompañamiento y talleres

FECHA: 27 de septiembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Acertijos	35 minutos	Que el huésped pueda desarrollar habilidades y destrezas cognitivas que los conecten con el mundo.	Se separará al grupo en parejas, para que pueden apoyarse en la elaboración de los ejercicios. Posteriormente, se les otorga una impresión en donde vienen diversos ejercicios sencillos.	Al ser una actividad que no hacen con frecuencia, se mostraron confundidos y se notaba el trabajo que les costó por entender, sin embargo, fueron pacientes y solicitaron ayuda cada vez que lo necesitaban.

FECHA: 22 de octubre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Karaoke	1 hora	Mejorar las capacidades físicas como la coordinación, movilidad y flexibilidad del huésped, aumentar la inclusión social ya que se fomentan las relaciones sociales y mejorar a nivel psíquico fomenta la autoestima y aumenta la motivación	Los huéspedes toman un lugar cerca de la televisión para que puedan ver la letra de la canción, de igual manera se deja libre un espacio para que puedan desenvolverse en su presentación	La dinámica fue de su total agrado, se mostraron siempre contentos y entusiasmados. Todos quisieron participar y algunos quisieron pasar más de una vez. Concluyo que, la música y el baile funcionan como una forma de desestrés para los huéspedes.

FECHA: 8 de noviembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Activación física	35 minutos	Evitar el sedentarismo en el huésped, aumentar el equilibrio físico y mental, fomentar el trabajo en equipo y favorecer la sociabilidad e integración entre los huéspedes	Se pasa a los huéspedes al patio, posteriormente se les asigna un lugar cada uno con un espacio en el cual el huésped pueda moverse sin problema y finalmente comienzan a realizar ejercicios puestos por la coordinadora	Coordinar su cuerpo a la mayoría de los huéspedes les costó más trabajo, sin embargo, lo intentan. Durante la actividad, se mantienen de buen humor y no se presentan conflictos.

FECHA: 15 de diciembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Estatuas	40 minutos	El huésped fortalecerá su equilibrio individual, la coordinación dinámica y los reflejos	En el patio, los huéspedes deberán bailar al ritmo de la música que se les ponga, cuando la encargada del taller pare la música deberán quedarse quietos, aquel que se mueva perderá, y deberá salir del juego, así sucesivamente hasta que quede un ganador	Con entusiasmo y buen humor se integran los huéspedes. Mantener el equilibrio fue el problema para la mayoría, no obstante, no fue impedimento para que se divirtieran. Rosa y Víctor, juegan acompañados de su persona de apoyo.

FECHA: 17 de diciembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Posada e intercambio de regalos	2 horas	Que el huésped pueda disfrutar de las celebraciones navideñas, como manera de integración, inclusión, aceptación y respeto.	Se da inicio a la celebración pasando a los huéspedes al patio, en donde se romperán las piñatas, posteriormente, pasarán a la sala de estar, para realizar el intercambio de regalos, finalmente, vuelven a pasar al patio para bailar y cantar, acompañados de los coordinadores y el director de la institución.	Con felicidad y entusiasmo, los huéspedes se integran a todas las actividades, mantienen periodos largos de atención y convivencia.

FECHA: 17 de enero de 2022

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Obras de teatro	40 minutos	Favorecer el trabajo en equipo, desarrollar habilidades tales como la memorización y la concentración	Se organizará a los huéspedes en tres equipos, posteriormente se asignará un cuento a cada grupo para que posteriormente, logren adoptar un personaje y adaptar la historia, finalmente, la representarán ante sus compañeros.	Logran integrarse muy bien al taller, trabajan en equipo, comunicándose entre ellos. Se muestran divertidos realizando organizando su obra de teatro. Durante las presentaciones, los huéspedes observan con atención.

FECHA: 21 de enero de 2022

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Cantar y bailar	40 minutos	Mejorar las capacidades físicas como la coordinación, movilidad y flexibilidad del huésped, aumentar la inclusión social ya que se fomentan las relaciones sociales y mejorar a nivel psíquico fomenta la autoestima y aumenta la motivación	Los huéspedes toman un lugar cerca de la televisión para que puedan ver la letra de la canción, si es que van a cantar o de igual manera se deja libre un espacio para que puedan desenvolverse bailando en su presentación	Al inicio de la actividad, los huéspedes se mostraban desanimados, debido a una situación complicada durante la comida. Sin embargo, poco a poco comenzaron a animarse y la actividad comenzó a tener más participaciones.

FECHA: 23 de febrero de 2022

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Juego con globos	35 minutos	Evitar el sedentarismo, desarrollar en el huésped la capacidad motriz, atención y paciencia. Además de contribuir al trabajo en equipo	Se divide a los huéspedes en dos equipos, posteriormente, se les entregará un globo el cual deberán llevar hasta el otro extremo del patio sin utilizar las manos, si el globo llega a caer deberán regresar al punto de inicio, así, sucesivamente, hasta que pasen todos los miembros del equipo, el equipo que finalice primero será el ganador.	Al principio de la actividad, hubo frustración en los huéspedes, pues el no poder utilizar las manos, resultaba complejo para ellos, no obstante, se les recordó que era un juego y que debían intentarlo. El resto de la dinámica, fue divertida para los habitantes.

3.5 Descifrando el Taller Artístico-Recreativo: Objetivos, actividades y beneficios.

Las actividades recreativas, como su nombre indica, tienen como objetivo principal fomentar la creación, la imaginación y el desarrollo de destrezas motrices y de coordinación. No obstante, su alcance va mucho más allá del simple entretenimiento. Constituyen una estrategia poderosa para la liberación y el control de emociones, permitiendo a los individuos canalizar sus sentimientos de manera constructiva y saludable.

La integración social es otro de los beneficios fundamentales que aportan los talleres recreativos. Al poder realizarse tanto en grupo como de forma individual, se adaptan a las necesidades y preferencias de cada participante. Las actividades grupales, en particular, fomentan la interacción social, el trabajo en equipo y el desarrollo de habilidades de comunicación.

Las actividades recreativas, en su esencia, ofrecen una amplia gama de beneficios que trascienden el mero entretenimiento. En primer lugar, estimulan el desarrollo de la creatividad y la imaginación. A través de expresiones artísticas como la pintura, la música, el teatro y los juegos, los individuos tienen la oportunidad de explorar su potencial creativo, expresándose de maneras únicas y originales. Estas actividades fomentan la capacidad de generar nuevas ideas y buscar soluciones innovadoras a los desafíos cotidianos. Además, las actividades físicas, como los deportes, el baile y los juegos al aire libre, contribuyen al desarrollo de destrezas motrices y de coordinación. Mejoran la coordinación, el equilibrio, la fuerza y la flexibilidad, promoviendo una mayor conciencia corporal y el desarrollo de la motricidad fina y gruesa.

En el ámbito emocional, las actividades recreativas proporcionan un espacio seguro para la expresión y el manejo de emociones. Permiten liberar tensiones, reducir el estrés y gestionar la ansiedad, fomentando el desarrollo de habilidades de regulación emocional y el manejo de conflictos.

Finalmente, las actividades recreativas tienen un impacto positivo en el bienestar general. Contribuyen a un estilo de vida saludable, tanto a nivel físico como mental, ayudando a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. Además, aumentan la autoestima y la confianza en uno mismo, promoviendo una actitud positiva ante la vida.

En resumen, las actividades recreativas son herramientas valiosas para el desarrollo integral de las personas. Su capacidad para estimular la creatividad, mejorar las destrezas motrices, gestionar emociones y fomentar la integración social las convierte en un recurso indispensable para el bienestar individual y colectivo.

Para ilustrar la correlación entre actividades recreativas y lúdicas, el taller "Hagamos teatro" se destacó como un ejemplo único. En este taller, los residentes tuvieron la oportunidad de adaptar un cuento de su elección y representarlo teatralmente. Este proceso no solo fomentó la creatividad y la imaginación, sino que también promovió el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas.

La representación teatral requirió la colaboración de todos los participantes, quienes trabajaron en equipo para adaptar el cuento, diseñar el escenario, crear los personajes y ensayar la obra. Se les proporcionó una variedad de objetos de utilería, pero también se les animó a crear sus propios accesorios, lo que estimuló su ingenio y habilidades manuales. Algunos residentes elaboraron coronas de papel, otros crearon orejas de animales y otros más confeccionaron varitas de hada, entre otros elementos.

3.6 Diseño de talleres y actividades artístico-recreativas

Actividades de acompañamiento y talleres

FECHA: 4 de octubre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Mandalas	35 minutos	Fomentar la atención y concentración del huésped, ayudar en el desarrollo de la psicomotricidad fina de manos y dedos	A cada huésped se le entregará una hoja con la impresión de una Mandala, el objetivo es colorearla con los colores disponibles y terminarla.	Los huéspedes logran mantener su atención durante el tiempo de la actividad. La mayoría utilizó colores vivos y alegres, como el amarillo, rosa, verde, etc. Al finalizar decidieron intercambiar sus Mandalas y otro obsequiarlas al personal.

FECHA: 13 de octubre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Vestir al esqueleto	45 minutos	Desarrollar en los huéspedes las habilidades manuales y psicomotoras específicas, al contacto con materiales diversos, además de trabajar la autonomía de los mismos, así como proporcionarles las habilidades para que puedan participar en las diferentes actividades que se imparten	Se localiza a los huéspedes en el comedor, de manera que puedan apoyarse para poner su material en la mesa, posteriormente se les entrega un esqueleto de cartón el cual deberán vestir utilizando los materiales entregados (papel crepé, hojas de color, tijeras, pegamento, estambre, brillantina, stickers, etc)..	Comprenden todas las indicaciones dadas, muestran un estado de ánimo alegre y entusiasta. Durante la actividad algunos de los huéspedes solicitaron ayuda un par de veces apoyo para pegar los trozos de papel en su esqueleto, ya que el contacto con el pegamento no les era agradable, sin embargo, lograron terminar con éxito la actividad.

FECHA: 1 de noviembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Cine en casa	1 hora 30 minutos	Que el huésped tenga un momento de entretenimiento, fomentando su periodo de atención y su paciencia.	Se pasa a los huéspedes al comedor, cada uno elige un asiento, posteriormente se proyecta la película. Durante el transcurso de la película se les van dando un poco de palomitas en una bolsa, para que todos puedan comer la misma porción.	Logran poner atención durante toda la película, se notan muy tranquilos y no presentan dificultad para comprender la trama de la cinta.

FECHA: 6 de diciembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Piñatas (1era parte)	40 minutos	El huésped podrá desarrollar su creatividad, basado en paciencia y trabajo en equipo	Con el fin de adecuar la comunidad con adornos navideños, se le otorgará al huésped un globo, periódico y un poco de engrudo para que pueda torrar su globo y al terminar ponerlo a secar durante la noche	Durante la actividad los integrantes de la comunidad se muestran con actitud positiva, y entusiasmados, no se presenta ningún tipo de conflicto y terminan de torrar sus globos sin problema.

FECHA: 1 de diciembre de 2021

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Rompecabezas	40 minutos	El huésped podrá aumentar las habilidades cognitivas y las destrezas de la motricidad fina, además podrán aprender a analizar un problema y llegar a una solución mientras van armando las piezas	Unidos en el comedor, le será entregado al huésped una hoja con un rompecabezas impreso, deberá colorear la figura y posteriormente recortar las figuras para tener como resultado, su propio rompecabezas	Durante la actividad algunos huéspedes se muestran desanimados. Al inicio se rehúsan a hacer la actividad, sin embargo, después de conversar al respecto, logran hacer la actividad y concluyen su rompecabezas.

FECHA: 14 de febrero de 2022

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Cartas	35 minutos	Proporcionar habilidades que le permitan desarrollarse en diversas actividades, desarrollo de las habilidades psicomotoras al contacto con materiales, estimular la creatividad e imaginación	El huésped recibirá una paleta de caramelo, un abatelenguas de madera, una hoja de papel blanca y otra rosa; posteriormente deberá cortar la hoja rosa en forma de corazón para que la pueda pegar en la hoja blanca, luego escribirá algo alusivo al día del amor y la amistad, para alguno de sus compañeros, finalmente pegará la paleta y la carta en el abatelenguas	Desde el inicio de la actividad, todos se mostraban contentos por hacer su carta, pues ya sabían a quién iban a entregarla. Algunos solicitaron apoyo para poder escribir o dibujar, sin embargo, eso no fue problema para que se lograra la dinámica.

FECHA: 27 de octubre de 2021



Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Manualidades y colocación de ofrenda	1 hora con 20 minutos	Trabajar en el huésped, su creatividad, y paciencia. Haciéndolos partícipes de un evento cultural.	Se ubica a todos los huéspedes en el comedor, de manera que todos puedan tener un lugar en donde apoyarse, posteriormente se les otorga el material con el que deberán trabajar (cilindro de cartón, hoja blanca, plumón rojo, tijeras y pegamento). Deberán realizar una vela a partir de las indicaciones que se vayan dando, para después colocarla en la ofrenda, al terminar, le pondrán el nombre de sus seres queridos fallecidos. Al terminar, todos se reúnen y comienzan a poner la ofrenda de Día de Muertos.	Todos los huéspedes mostraron interés por la actividad, logrando realizarla correctamente, solicitaron ayuda mínima para armar su vela. Para la colocación de la ofrenda, todos quisieron participar poniendo objetos y aportando ideas.

FECHA: 4 de marzo de 2022

Nombre del taller o acompañamiento	Duración	Objetivos	Desarrollo	Resultados obtenidos
Picnic	1 hora	Evitar el sedentarismo en el huésped, disminuir el estrés, fortalecer la psicomotricidad gruesa, favorecer el compañerismo y comunicación	En el parque el huésped podrá sentarse en áreas verdes, caminar, jugar y posteriormente comerá un poco de fruta que se preparó previamente en las instalaciones de la comunidad	Los huéspedes de muestran contentos y entusiasmados por salir de la comunidad, durante el recorrido hacia el parque permanecen tranquilos, atentos a su alrededor. Ya en el parque todos conviven sin problema.

3.7 Realización de actividades complementarias

Aunque la entrevista inicial delineó claramente mis responsabilidades, existían ciertas actividades especializadas, reservadas para los coordinadores con mayor experiencia y conocimiento profundo de la dinámica de la casa. Sin embargo, mi entusiasmo y mi ferviente deseo de aprender me impulsaron a observar y participar activamente en estos momentos.

Con el paso de las semanas, mi interés genuino y mi disposición para aprender no pasaron desapercibidos. Poco a poco, tanto el director como los coordinadores comenzaron a brindarme oportunidades para aprender y practicar estas actividades especializadas.

El proceso de aprendizaje que experimenté fue gradual y profundamente enriquecedor. Inicialmente, me dediqué a la observación activa, prestando meticulosa atención a cómo los coordinadores experimentados llevaban a cabo sus tareas. Analizaba cada detalle y las técnicas empleadas, formulando preguntas pertinentes para comprender a fondo los objetivos y procedimientos de cada actividad.

Posteriormente, se me brindaron oportunidades para el aprendizaje práctico. Bajo la supervisión de los coordinadores, pude poner en práctica lo aprendido, recibiendo retroalimentación constructiva y apoyo constante. Me animaron a asumir gradualmente mayor responsabilidad, lo que me permitió desarrollar mi confianza y perfeccionar mis habilidades.

La mentoría individualizada fue un componente crucial de mi aprendizaje. El director y los coordinadores compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias, ofreciéndome valiosos consejos y orientación. Me explicaron la importancia de cada actividad en el proceso de rehabilitación de los residentes y cómo adaptarlas a las necesidades individuales.

Como resultado de este proceso, experimenté un significativo desarrollo de habilidades. Adquirí nuevas habilidades y conocimientos que ampliaron mi capacidad para apoyar a los residentes, convirtiéndome en un miembro más valioso del equipo, capaz de contribuir de manera más significativa al bienestar de la comunidad.

3.7.1 Supervisión de actividades diarias

Como se ha mencionado anteriormente, el coordinador desempeña un papel multifacético, con una serie de tareas asignadas que varían según el turno. Si bien muchas de estas actividades son continuas, algunas son específicas de ciertos horarios. Por ejemplo, una responsabilidad crucial del coordinador del turno matutino es la recepción de la despensa, que se entrega todos los lunes antes del mediodía.

En este proceso, el coordinador debe verificar meticulosamente que cada producto recibido coincida con la lista proporcionada. Esta tarea garantiza que la comunidad cuente con los suministros necesarios para la alimentación y el bienestar de los residentes. Para fomentar la participación y el sentido de responsabilidad, se invita a los residentes con funcionalidad física adecuada a colaborar en el traslado de los alimentos desde la puerta principal hasta la cocina. Esta actividad no solo les permite contribuir al funcionamiento de la comunidad, sino que también promueve la actividad física y la interacción social.

En la cocina, la persona encargada de la preparación de alimentos espera la llegada de los suministros y la ayuda de los residentes. Mientras tanto, el coordinador supervisa de cerca a los residentes que participan en el traslado, asegurándose de que la tarea se realice de manera segura y eficiente.

Dentro de la supervisión de actividades diarias entran todas aquellas que el huésped realice durante todo el día, desde el momento en el que se despierta, el coordinador supervisa habitación por habitación que los huéspedes cumplan con la dinámica matutina, como tender camas, acomodar cosas personales, que se bañen y cambien

con la ropa correcta, ya que algunos suelen ponerse las prendas al revés o requieren de apoyo para colocarse otras. De igual manera, se debe mantener la supervisión en todo momento, pues como coordinadores tenemos la consigna de hacerlo, y no para tener a los huéspedes vigilados para prohibirles algo, si no, porque como personas con una discapacidad mental, suelen tener momentos de crisis o incluso, puede haber conflictos entre ellos, así que deben ser controlados en el momento y así, evitar problemas más grandes.

Estar al pendiente de organizar una actividad para el huésped cuando ya tiene demasiado tiempo libre, u observar si alguien más está trabajando con los pacientes (ya sea un pasante, prestador de servicio social, candidato a laborar en la comunidad, entre otros), también es parte de aquellas responsabilidades que se deben seguir, ya que, aunque no esté llevando a cabo la actividad, debe estar atento a las necesidades de los habitantes.

3.7.2 Contención, conversación y supervisión de dinámicas varias

A pesar de que mis responsabilidades iniciales estaban claramente definidas, tuve la oportunidad de participar en actividades adicionales que enriquecieron significativamente mi desarrollo profesional. Estas actividades, que inicialmente no formaban parte de mis funciones asignadas, me permitieron ampliar mis conocimientos y habilidades en áreas complementarias.

Mi aprendizaje en estas actividades fue impulsado por mi propia iniciativa y mi deseo de crecer profesionalmente. A través de la observación atenta y el apoyo incondicional de mis compañeros coordinadores, pude adquirir nuevas competencias y familiarizarme con aspectos importantes del funcionamiento de la comunidad.

La contención de los residentes durante episodios de crisis representaba un desafío significativo, que requería un aprendizaje constante y una gran dosis de prudencia. Aunque se contaba con el apoyo de personal masculino, cuya fuerza física facilitaba la contención rápida y segura, la realidad era que no siempre estaban disponibles. Por

lo tanto, era imperativo que todo el personal, incluyendo el femenino, estuviera preparado para manejar estas situaciones.

Inicialmente, me tomó tiempo decidirme a aprender estas técnicas. El temor a posibles lesiones y la incertidumbre sobre mi capacidad para manejar situaciones de alta tensión me mantenían cautelosa. Sin embargo, una experiencia personal marcó un punto de inflexión en mi actitud. Durante un conflicto con un residente recién ingresado, que escaló rápidamente a una crisis, me encontré sin saber cómo reaccionar. La situación me superó y, en ese momento, la mejor opción era apartarme. Esta experiencia me hizo comprender la importancia de adquirir las habilidades necesarias para brindar contención de manera segura y efectiva.

Una de las tareas más significativas que se me asignaron fue trabajar individualmente con una residente, una mujer de aproximadamente cuarenta años diagnosticada con esquizofrenia paranoide, quien además presentaba dificultades auditivas y del habla.

En ese momento, yo estaba cursando estudios de Lengua de Señas Mexicana. Al enterarme de la situación de este residente, me interesé en saber si recibió algún tipo de instrucción en lenguaje de señas. Me informé que, aunque anteriormente se había intentado enseñarle, el progreso había sido limitado. Impulsada por mi interés y mis conocimientos en lenguaje de señas, solicito permiso para continuar con el intento de enseñarle. El director accedió a mi petición, brindándome la oportunidad de trabajar directamente con este residente.

Durante mi estancia en la comunidad, dediqué tiempo y esfuerzo a trabajar individualmente con la residente, enfocándome en la enseñanza de Lengua de Señas Mexicana. Iniciamos con señas básicas, aquellas que sabía que utilizaría en su vida diaria y que, por lo tanto, serían más fáciles de recordar. Le enseñé a deletrear su nombre, a pedir agua, a dar las gracias, a expresar su estado de ánimo y a saludar, entre otras señas esenciales.

El proceso de enseñanza fue gradual y se adaptó a sus necesidades específicas. A pesar de los desafíos que presentaba su esquizofrenia paranoide y sus dificultades auditivas y del habla, la residente mostró interés y disposición para aprender.

Al concluir mi tiempo en la comunidad, pude observar un progreso significativo en su capacidad para comunicarse a través de señas. Aunque el aprendizaje no alcanzó el nivel que inicialmente esperaba, estoy convencida de que senté las bases para que otros colegas continúen este trabajo.

La capacidad de comunicarse y ser entendido es fundamental para el bienestar y la dignidad de toda persona. Mi trabajo con los huéspedes demostró el impacto positivo que la comunicación inclusiva puede tener en la vida de las personas con discapacidades psicosociales, y espero que inspire a otros a seguir este camino.

CAPITULO IV. A MODO DE RECOMENDACIONES: EL FINAL DE UN NUEVO COMIENZO

En este último capítulo hago una descripción de aspectos que sobresalen de mi experiencia, como la identificación de áreas de mejora y fortalecimiento que se podrían llevar a cabo para brindar mejores condiciones de apoyo a los habitantes de la institución, así mismo expreso mi sentir respecto a todo lo vivido y aprendido, agradeciendo todo el conocimiento que me brindo mi paso por la institución.

También abordo algunas recomendaciones para la universidad, basadas en mi experiencia en la Casa de Medio Camino. Esta experiencia me permitió reflexionar sobre la necesidad de complementar mi formación pedagógica con conocimientos y habilidades en el ámbito de la salud mental.

Si bien la formación recibida en la universidad es sólida, consideré que podría enriquecerse significativamente al incorporar un campo de especialización o una línea de profundización que explore la intersección entre la pedagogía y la salud mental.

4.1 Abriendo Puertas: Experiencias y Oportunidades en el Horizonte Profesional.

Basándome en la experiencia adquirida durante mi tiempo como miembro del equipo de coordinación en la comunidad, me permito compartir algunas reflexiones sobre las dinámicas institucionales. Mi objetivo es ofrecer una perspectiva constructiva, identificando tanto los aspectos positivos como las áreas de oportunidad, con el fin de contribuir al bienestar de los residentes y la eficiencia del trabajo del equipo.

Uno de los aspectos más destacables de Casa de Medio Camino y que la diferencia significativamente de otras instituciones psiquiátricas, es su enfoque en la autonomía y el bienestar emocional de los residentes. A diferencia de los modelos tradicionales, que a menudo se centran en la contención y la medicación, esta comunidad terapéutica prioriza la reintegración gradual de los residentes a la vida cotidiana.

Ciertamente, la labor desempeñada en la comunidad terapéutica refleja de manera elocuente los principios de la *Teoría del Cuidado Humano* de Jean Watson surgida entre 1975 y 1979. Esta teoría, que trasciende la mera aplicación de intervenciones médicas, coloca al cuidado humano en el centro de la práctica profesional.

La Teoría del Cuidado Humano de Watson subraya la importancia de cultivar habilidades interpersonales esenciales, como la escucha activa, la empatía, la compasión y la comunicación terapéutica. Estas habilidades permiten establecer una conexión profunda y significativa con los residentes, creando un ambiente de confianza y apoyo mutuo.

Aunque Jean Watson es principalmente conocida por su teoría del cuidado, sus ideas implican principios pedagógicos valiosos, especialmente en el contexto de la educación en profesiones de la salud. Su énfasis en la relación de cuidado se extiende a la dinámica de enseñanza-aprendizaje, lo que sugiere la necesidad de que los educadores estén auténticamente presentes, sean empáticos y brinden apoyo. Esto implica un enfoque centrado en el residente, donde el instructor se enfoca en las necesidades individuales y los estilos de aprendizaje del mismo.

Para guiar la práctica centrada en el cuidado humano Watson desarrolló inicialmente diez "factores carativos". Estos factores representan las necesidades humanas esenciales que deben ser abordadas por las enfermeras en su rol de cuidadoras y sirven como base para su filosofía del cuidado:

- La formación de un sistema de valores humanístico-altruista.
- La infusión de fe-esperanza.
- El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- El desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
- La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.

- El uso sistemático del método científico de resolución de problemas para la toma de decisiones.
- La promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
- La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
- La asistencia con las necesidades humanas básicas.
- La apertura a las fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales.

Efectivamente, la participación activa de los residentes en la planificación y ejecución de sus actividades diarias se alinea de manera notable con los principios fundamentales de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, esta teoría reconoce que las personas son seres integrales, con necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Al involucrar a los residentes en la toma de decisiones sobre su vida diaria, se les permite recuperar un sentido de control y autonomía, lo que a su vez fortalece su autoestima y confianza.

Además, se presta especial atención al bienestar emocional de cada residente. A través de dinámicas grupales y actividades terapéuticas, se busca fortalecer las habilidades sociales y emocionales que pueden verse afectadas por la enfermedad mental. Se trabaja para retrasar el deterioro cognitivo y emocional, promoviendo la participación activa y el desarrollo de estrategias de afrontamiento saludable.

Un aspecto que considera fundamental y que representa un área de mejora es el involucramiento familiar en el proceso de recuperación de los residentes. Si bien la institución se enfoca en atender las necesidades médicas y psicológicas de los huéspedes, la reintegración social exitosa depende en gran medida del apoyo y la aceptación de sus familias. La inclusión plena de las personas con discapacidad psicosocial en la sociedad requiere un entorno familiar comprensivo y colaborativo. En la Casa de Medio Camino, se reconoce la importancia de mantener o reconstruir los lazos familiares, y se realizan esfuerzos para evitar el abandono de los residentes.

Sin embargo, en mi opinión, se podría fortalecer este aspecto mediante la creación y planificación de talleres y actividades que fomenten la convivencia y el acercamiento emocional entre familiares y residentes. En muchos casos, las familias se mantienen al tanto de las necesidades económicas, pero carecen de las herramientas y la disposición para involucrarse en el proceso de recuperación emocional.

Un aspecto que considera crucial y que representa un área de mejora en la institución es la gestión de temas "sensibles" o "prohibidos" dentro de la comunidad. Si bien es comprensible que ciertos temas puedan resultar complejos para los residentes, creo firmemente que, con el enfoque y las herramientas adecuadas, es posible abordarlos de manera constructiva.

Actualmente, temas como la sexualidad, el consumo de sustancias y los problemas personales se consideran tabú, bajo la premisa de que los residentes carecen de la capacidad o la necesidad de expresar sus inquietudes al respecto. Sin embargo, esta postura niega la realidad de que estos temas son relevantes para la vida de cualquier persona, incluyendo aquellas con discapacidades psicosociales.

Ciertamente, la distinción fundamental entre una institución como la Casa de Medio Camino y un hospital psiquiátrico tradicional radica en su enfoque hacia la rehabilitación, la autonomía y la reintegración social de los residentes. En este sentido, considera esencial que la institución reevalúe las restricciones actuales en cuanto a los temas que se consideran "permitidos" para conversar con los huéspedes.

La noción de que una discapacidad psicosocial implica una incapacidad inherente para comprender o expresar inquietudes complejas es una generalización simplista y potencialmente dañina. Al igual que cualquier otro individuo, los residentes experimentan una amplia gama de emociones, enfrentan desafíos interpersonales y tienen preguntas y deseos relacionados con diversos aspectos de la vida.

Una propuesta que consideró valiosa para enriquecer la rutina y el bienestar emocional de los residentes, aunque no pude implementar por diversas circunstancias, consistía en designar un momento semanal para reunir a los huéspedes en un espacio común y seguro, como la sala de estar o el patio. El objetivo primordial de este encuentro sería ofrecer una plataforma donde aquellos que sintieran la necesidad de expresar dudas, inquietudes o sentimientos pudieran hacerlo libremente, con la garantía de recibir una respuesta clara y comprensiva por parte del personal.

Esta iniciativa se fundamentaba en la necesidad de crear un espacio estructurado y dedicado a la comunicación abierta, reconociendo que las necesidades emocionales y las preguntas pueden surgir en cualquier momento, pero a menudo requieren un contexto específico para ser abordadas de manera efectiva.

Los beneficios potenciales de esta iniciativa eran múltiples y significativos. En primer lugar, fomentaría la expresión emocional, proporcionando un canal regular y seguro para que los residentes compartieran sus sentimientos, disminuyendo la probabilidad de represión emocional o manifestaciones. En segundo lugar, facilitaría la resolución de dudas e inquietudes, permitiendo abordar preguntas sobre la rutina diaria, los aspectos del tratamiento, las dinámicas interpersonales o cualquier otra preocupación que pudiera surgir, promoviendo así una mayor comprensión y reduciendo la ansiedad.

Además, este espacio podría contribuir al fortalecimiento del sentido de comunidad, al reunir a los residentes en un entorno compartido donde podrían sentirse más conectados entre sí, intercambiando experiencias y construyendo un sentimiento de pertenencia. También mejoraría la comunicación con el personal, ofreciéndoles una oportunidad estructurada para escuchar directamente las voces de los residentes, comprender más profundamente sus necesidades y brindar respuestas coherentes y claras. Finalmente, al sentirse escuchados y comprendidos, los residentes podrían experimentar un mayor empoderamiento y un sentido más fuerte de control sobre su propio proceso de recuperación y bienestar.

4.2. Formación en pedagogía para la intervención en salud mental.

Mi formación como pedagoga ha sido un viaje enriquecedor que me ha permitido explorar diversas áreas de la educación y la psicología. A lo largo de mi licenciatura, he adquirido conocimientos sólidos en programación y evaluación didáctica, herramientas esenciales para diseñar y medir el impacto de intervenciones educativas. Además, mi interés por la psicología me ha llevado a profundizar en el estudio de los trastornos psicológicos, una comprensión crucial para trabajar con poblaciones diversas y vulnerables.

Considero que un valioso complemento al currículum de la licenciatura en pedagogía sería la creación de un campo de especialización enfocado en la intervención educativa en contextos de salud mental. Esta opción permitiría a los estudiantes desarrollar habilidades específicas para trabajar con personas que enfrentan trastornos psicológicos, llenando un vacío importante en la formación actual.

Aunque el trabajo en instituciones psiquiátricas no suele ser una trayectoria profesional inmediata para los pedagogos, considero firmemente que debería emerger una nueva perspectiva que reconozca el valioso espacio de convergencia entre la pedagogía y la salud mental. Desde mi experiencia en la comunidad de Casa de Medio Camino, he podido constatar las diversas y significativas maneras en que la pedagogía puede ofrecer un apoyo sustancial tanto a la psiquiatría como a la psicología.

Es crucial comprender que la labor del pedagogo en este contexto no se centraría en la intervención clínica directa, sino más bien en proporcionar un andamiaje educativo que permita al paciente mejorar su calidad de interacción social. La pedagogía, con su enfoque en el aprendizaje, el desarrollo de habilidades y la creación de entornos facilitadores, puede complementar las intervenciones terapéuticas tradicionales, ofreciendo herramientas prácticas para la atención y apoyo de los individuos.

La licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional pretende que, al egresar de la institución, la y el pedagogo tenga el siguiente perfil de egreso:

Al concluir sus estudios el pedagogo podrá:

- Explicar la problemática educativa de nuestro país con base en el conocimiento de las teorías, los métodos y las técnicas pedagógicas y del Sistema Educativo Nacional.
- Construir propuestas educativas innovadoras que respondan a los requerimientos teóricos y prácticos del sistema educativo, basándose en el trabajo grupal e interdisciplinario.
- Realizar una práctica profesional fundada en una concepción plural humanística y crítica de los procesos sociales en general y educativos en particular.
- Diseñar, desarrollar y evaluar programas educativos con base en el análisis del sistema educativo mexicano y el dominio de las concepciones pedagógicas actuales.

Ciertamente, mi inmersión en un contexto laboral real, donde la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos durante la licenciatura se tornó imperativa, reveló una brecha significativa entre la teoría y la experiencia concreta. Si bien la formación universitaria me proporcionó una base sólida, las particularidades y la complejidad inherentes al trabajo con personas con discapacidad psicosocial demandaron un aprendizaje continuo y adaptativo "sobre la marcha".

Esta vivencia subraya la necesidad de fortalecer la formación pedagógica a través de una vinculación más directa y estructurada con escenarios profesionales específicos. En este sentido, propongo formalmente la creación de una opción de campo dentro del currículum de la licenciatura que se centra en la comprensión y el abordaje pedagógico de la discapacidad psicosocial. Esta especialización podría denominarse:

"Trabajo Pedagógico en Contextos de Acompañamiento a Personas con Discapacidad Psicosocial".

Esta opción de campo no solo expondría a los estudiantes a la realidad de la discapacidad psicosocial, sino que también les proporcionaría las herramientas teóricas, metodológicas y prácticas necesarias para desempeñarse de manera competente y sensata en este ámbito. Su diseño curricular podría incluir:

- Fundamentos de la discapacidad psicosocial: Exploración en profundidad de los diferentes tipos de trastornos mentales, su etiología, manifestaciones clínicas, impacto en el desarrollo y la vida cotidiana, así como las perspectivas teóricas y sociales en torno a la discapacidad.
- Psicopedagogía de la discapacidad psicosocial: Estudio de las implicaciones de los trastornos mentales en los procesos de aprendizaje, el desarrollo cognitivo, socioemocional y la comunicación. Se abordarían estrategias pedagógicas adaptadas a las necesidades específicas de esta población.
- Intervención psicoeducativa: Desarrollo de habilidades para diseñar, implementar y evaluar programas educativos y talleres que promueven la autonomía, las habilidades sociales, la comunicación, la resolución de problemas y el bienestar emocional de las personas con discapacidad psicosocial.
- Estrategias de comunicación inclusiva: Aprendizaje de técnicas de comunicación efectiva y sensata, incluyendo la comunicación aumentativa y alternativa, así como la adaptación del lenguaje y los materiales a las diversas capacidades de los usuarios.
- Apoyo familiar y comunitario: Exploración de estrategias para trabajar con familias, cuidadores y la comunidad en general, fomentando la comprensión, la inclusión y la creación de redes de apoyo sólidos.
- Aspectos éticos y legales: Reflexión sobre los dilemas éticos y los marcos legales que rigen la atención y los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

- Prácticas profesionales supervisadas: Inmersión en instituciones y organizaciones que trabajan directamente con personas con discapacidad psicosocial, permitiendo a los estudiantes aplicar los conocimientos adquiridos en un entorno real y recibir retroalimentación de profesionales experimentados.

La formalización de esta opción de campo no solo enriquecería la formación de los futuros pedagogos, dotándolos de competencias específicas y altamente demandadas, sino que también contribuiría a visibilizar y dignificar el rol del pedagogo en el ámbito de la salud mental, abriendo nuevas y significativas oportunidades profesionales. Al egresar, los licenciados estarían mejor preparados para ofrecer un acompañamiento pedagógico de calidad, promoviendo la inclusión social, el desarrollo personal y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial.

CONCLUSIONES

Si bien mi incursión en esta comunidad terapéutica se establece como una de las experiencias más significativas de mi trayectoria, tanto en el plano académico como en el personal, no puedo omitir que también representó un período de desafíos considerables. La adaptación a un entorno institucional nuevo, con sus dinámicas y códigos particulares, y la integración efectiva al equipo de trabajo nunca son procesos sencillos. Sin embargo, la calidez y el apoyo incondicional que recibí por parte del director y del personal en general fueron elementos fundamentales que facilitaron mi adaptación y mi incorporación plena al equipo, gracias a este respaldo, pude comenzar a convertir en acciones concretas parte del conocimiento teórico que la universidad me había proporcionado.

Aunque las actividades que implementé quizás no se cataloguen como extraordinarias en su concepción, estoy convencida de que lograrán generar un impacto positivo en la vida cotidiana de los residentes. A través de estas intervenciones, busqué deliberadamente romper con la monotonía de su rutina establecida, invitándolos a salir de su zona de confort y participar en experiencias que fomentaran la diversión, la risa y una mayor interacción entre ellos.

En retrospectiva, la recuperación de mi experiencia profesional en la Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., se cimienta en las vivencias significativas y el conocimiento práctico que adquirí al participar activamente en la implementación de actividades diseñadas para el beneficio directo de cada uno de los habitantes de la comunidad. Este proceso no solo implicó la aplicación de mis conocimientos pedagógicos, sino también la adaptación y la innovación constante para alcanzar los diversos objetivos terapéuticos y de desarrollo que la institución se esfuerza por lograr con sus residentes. Fui testigo del impacto tangible de las intervenciones planificadas, observando cómo la participación activa y el enfoque en sus necesidades individuales contribuían a su bienestar y progreso.

Absolutamente, esta experiencia ha trascendido el ámbito profesional, sembrando en mí un profundo y renovado interés en la intersección entre la pedagogía y la salud mental. Este campo emergente se ha convertido en un motor para mi desarrollo futuro, impulsándome a continuar trabajando, investigando y, por supuesto, a tratar de aportar mi perspectiva única como pedagoga; y, al vincular mi experiencia práctica con la EPJA y el ALV, busco demostrar que el acompañamiento pedagógico que tuve con los residentes, trasciende la mera atención terapéutica o la rehabilitación. Mi trabajo no solo fue un apoyo puntual, sino una intervención educativa implícita y constante. Estos conceptos me permiten explicar cómo las actividades cotidianas, las interacciones grupales y el fomento de la autonomía contribuirán activamente al desarrollo integral de los residentes. Se demostró que Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., no era solo un espacio de recuperación de la salud mental, sino uno lugar de aprendizaje continuo, donde toda comunidad adquirirían y consolidarían habilidades esenciales para su vida presente y futura. Comprender esta relación es fundamental para reconocer el potencial transformador de estos espacios y para abogar por modelos de atención que integren explícitamente el desarrollo educativo como un componente central del bienestar y la reintegración social.

Mi visión se centra en la posibilidad de integrar formalmente la pedagogía como un componente valioso y distintivo en el tratamiento integral de las personas con discapacidades psicosociales. Basándome en la riqueza de mi experiencia directa, estoy firmemente convencida de que la colaboración activa y sinérgica entre especialistas de diversas áreas, incluyendo la pedagogía, la psicología, la psiquiatría y el trabajo social, podría generar avances significativos y transformadores en el desarrollo, la rehabilitación y la reintegración efectiva de las personas que enfrentan este tipo de limitaciones.

En conclusión, mi experiencia en Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., me brindó una introducción profunda en un ámbito del que, si bien poseía conocimientos teóricos, nunca había tenido la oportunidad de explorar de manera práctica. A partir de esta valiosa vivencia, como pedagoga, considero fundamental

destacar la potencialidad de la interdisciplinariedad en el abordaje de la discapacidad psicosocial.

Aunque la psicología y la psiquiatría no forman parte del núcleo directo de la formación en pedagogía, mi inmersión en el entorno de la Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino AC me brindó la oportunidad de cultivar habilidades y adquirir perspectivas que consideramos fundamentales para abrir nuevas vías de colaboración. Mi experiencia me ha convencido de que campos de estudio como la pedagogía, con su enfoque en el aprendizaje, el desarrollo y la inclusión, tienen un rol significativo que desempeñar en el abordaje integral de la discapacidad psicosocial.

La formalización de un campo de especialización dentro de la licenciatura en pedagogía, centrado en la intervención educativa en contextos de salud mental, representaría un avance sustancial en la formación de profesionales más completos y versátiles. Esta especialización no solo enriquecería el bagaje de conocimientos y herramientas de los futuros pedagogos, sino que también tendría un impacto directo y positivo en la calidad de vida de las personas que viven con trastornos psicológicos. Al proporcionar una atención educativa más especializada y meticulosamente adaptada a sus necesidades particulares, se estaría fomentando su desarrollo integral, su autonomía y su plena participación en la sociedad.

Mi experiencia me ha demostrado que el abordaje efectivo de la discapacidad psicosocial trasciende las fronteras de una única disciplina. Casa de Medio Camino se revela como un espacio inherentemente multidisciplinario, donde la convergencia de diversas especialidades puede generar un impacto sustancial en el desarrollo y la calidad de vida de esta parte de la población.

Me es importante destacar que, anticipándome a mi último día de servicio, me propuse preparar gradualmente a los residentes para mi partida. Consciente de que sus vidas se estructuran en torno a rutinas predecibles y que la presencia constante de las mismas personas forma parte integral de su estabilidad, cualquier alteración en este

patrón puede desencadenar episodios de estrés y ansiedad. Este conocimiento me impulsó a implementar una serie de actividades, tanto grupales como individuales, con el objetivo de facilitar una transición más suave.

En las sesiones individuales, realizamos un proyecto especial: la creación de un retrato personalizado, en el que cada residente incluyó una fotografía mía junto a la comunidad. Este gesto, aunque sencillo, respondía a su profunda necesidad de conservar un recuerdo tangible de las personas que forman parte de su día a día, evidenciando la importancia que otorgan a los vínculos afectivos y a la continuidad en sus relaciones.

Al llegar el día de mi partida, el director, con gran consideración, tuvo el amable detalle de comprar un pastel para compartir después de la cena. Este momento se convirtió en una emotiva ceremonia de despedida, donde cada uno de los residentes tuvo la oportunidad de expresar sus sentimientos y yo pude despedirme individualmente de ellos. Enfatiqué que no se trataba de una despedida definitiva, sino de un hasta luego, manifestando mi intención de visitarlos con la mayor frecuencia posible. Así transcurrió mi último día en la Asistencia Psicoterapéutica Casa de Medio Camino A.C., marcado por la calidez de los afectos contruidos y la promesa de mantener los lazos establecidos.

Es precisamente por este profundo apoyo y sentido de comunidad que la institución brinda lo que hace que, al dar por finalizada mi labor, mi sentimiento predominante sea de profunda gratitud. Esta experiencia ha reafirmado mi compromiso de continuar trabajando con pasión para aportar mi perspectiva pedagógica y, aún más importante, para incentivar a otros pedagogos a trascender los límites convencionales de su campo de conocimiento y explorar las extensas oportunidades que existen en áreas como la salud mental. Estoy convencida de que la expansión de nuestra mirada y la colaboración con otras disciplinas son fundamentales para generar un impacto significativo y duradero en la vida de las personas que más lo necesitan.

REFERENCIAS

Calderón, N. (1998). *Salud mental comunitaria*. México. Trillas.

Campuzano, J, Hernández, A, Gonzales, M, Hernández C. (2014). Tendencia de la mortalidad por trastornos mentales: un panorama epidemiológico en México. *Revista de la Facultad de Medicina*. (México), 57. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000300022#:~:text=En%20el%20periodo%20estudiado%2C%20se,representa%20un%20descenso%20de%2043%25.

COMIE. (2017). *El futuro de la educación con personas jóvenes y adultas: Desafíos y posibilidades*.

Freire, P. (2002). *Pedagogía de la esperanza: Un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Galindo, Edgar. (2004). Análisis del desarrollo de la psicología en México hasta 1990: Con una bibliografía in extenso. *Psicología para América Latina*, (2) Recuperado en 01 de janeiro de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000200004&lng=pt&tlng=es.

Gómez Rodríguez, T, Molano, O y Rodríguez Calderón, S. (2015). La actividad lúdica como estrategia pedagógica para fortalecer el aprendizaje de los niños de la institución educativa Niño Jesús de Praga. Ibagué: Universidad del Tolima, 2015.

Hernández Flores, G. E. (2024). *La educación con personas jóvenes y adultas. Aportes de la educación popular*. Sinéctica, Revista Electrónica, (63). [La educación con personas jóvenes y adultas Aportes de la educación popular.pdf](#)

Hernández Flores, G. E., Méndez Puga, A. M., Castro Valdovinos, I. L., & Aravedo Reséndiz, M. L. (2017). *El futuro de la educación con personas jóvenes y adultas: desafíos y posibilidades*. COMIE. San Luis Potosí, México.
<file:///C:/Users/HP/Downloads/El%20futuro%20de%20la%20Educaci%C3%B3n%20con%20Personas%20J%C3%B3venes%20y%20Adultas%20desaf%C3%ADos%20y%20posibilidades%20-%20COMIE.pdf>

Instituto de la UNESCO para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida. (2019). *Cuarto Informe Mundial sobre el Aprendizaje y la Educación de Adultos: No dejar a nadie atrás: participación, equidad e inclusión*. UNESCO. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368541_spa

Instituto de la UNESCO para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida. (2022). *Marco de Acción de Marrakech de la CONFINTEA VII: Aprovechar el poder transformador del aprendizaje y la educación de adultos*.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000382306_spa

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.

Martínez Cuevas, G. (2023). Pedagogía y salud mental: un encuentro necesario. *Revista Digital Universitaria*, 24(6). https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v24_n6_a8.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. *Enseñanza de la psiquiatría y de la salud mental*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1963.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025, 2 julio). *Depresión*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Peralta, V, Jama Chonillo, M. (2013). Tesis: Esquizofrenia en adultos y programa de terapia ocupacional en el Área Recreativa para mejorar las relaciones sociales, trabajo a realizarse con pacientes que asisten al Taller de Psicoterapia del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce en el período del 2006-2007. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36948>.

Revista de la Facultad de Medicina. (México), 57. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000300022#:~:text=En%20el%20periodo%20estudiado%2C%20se,representa%20un%20descenso%20de%2043%25

Ríos, A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del manicomio La Castañeda en México, 1910. *Revista de Antropología y Arqueología*, 6, 73-90.

Ríos, Andrés. (2016). Cómo prevenir la locura.: psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Históricas/Universidad Nacional Autónoma de México, Siglo XXI. 2016. 232p.

Rozo, J A., Pérez-Acosta, A M. (2019, 26 de agosto). Allan R. Wagner en memoria. *Revista Psicología Científica.com*, 17(07). <https://psicolcient.me/e77yi>.

Ruggeri Boldt, J. (2022). *Las casas de medio camino en proceso de desmanicomialización*. Universidad Católica de Córdoba. [Tesis de Grado]. Recuperado de http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/3201/1/TF_RuggeriBoldt.pdf

Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *J Adv Nurs*. 2002;37(5):452-61. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x>

UNESCO. (2015). *Recomendación sobre el aprendizaje y la educación de adultos*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245179_spa

ANEXOS





