

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente
Departamento de Estudios Socioculturales

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

Programa de Construcción de Opinión Pública e Incidencia en Medios
Mirar la Ciudad con Otros Ojos: Memorias e Identidades



ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

Indigencia y trastornos mentales en el AMG
“Vivir con otros en el mismo lugar”

PRESENTAN

Lic. en Comunicación y Artes Audiovisuales, José Luis Ruiz Jasso
Lic. en Comunicación y Redes Sociales, Raúl Jiménez Carrillo
Lic. en Comunicación y Artes Audiovisuales, Ana Paulina Páramo Rojas

Profesor PAP: Rogelio Villarreal Macías
Asesor PAP: Andrés Villa Aldaco

Tlaquepaque, Jalisco, julio de 2017

ÍNDICE

REPORTE PAP.

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional	3
Resumen.....	3
1. Introducción.	4
1.1. Objetivos.....	5
1.2. Justificación.....	5
1.3 Antecedentes.....	6
1.4. Contexto.....	10
2. Desarrollo.....	12
2.1. Sustento teórico y metodológico.....	12
2.2. Planeación y seguimiento del proyecto.....	17
3. Resultados del trabajo profesional	18
4. Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto.....	26
5. Conclusiones.....	36
6. Bibliografía.....	38
Anexos.....	41

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Los Proyectos de Aplicación Profesional (PAP) son una modalidad educativa del ITESO en la que el estudiante aplica sus saberes y competencias socio-profesionales para el desarrollo de un proyecto que plantea soluciones a problemas de entornos reales. Su espíritu está dirigido para que el estudiante ejerza su profesión mediante una perspectiva ética y socialmente responsable.

A través de las actividades realizadas en el PAP, se acreditan el servicio social y la opción terminal. Así, en este reporte se documentan las actividades que tuvieron lugar durante el desarrollo del proyecto, sus incidencias en el entorno, y las reflexiones y aprendizajes profesionales que el estudiante desarrolló en el transcurso de su labor.

Resumen

En este proyecto de investigación se aborda el tema de los indigentes con trastornos mentales que viven en el Área Metropolitana de Guadalajara, los cuales se pueden dividir en dos grandes grupos: los que deambulan por las calles y los que han sido internados en una institución pública o privada con diferentes calidades de atención y tratamiento. Se plantea, además, el contraste de personas con trastornos mentales que son apoyados por su familia. Para estudiar la relación entre indigencia y trastorno mental se presenta un acercamiento histórico de las personas que cumplan con este perfil.

Para representar la mirada de estas personas se realizó un documental llamado "Vivir con otros en el mismo lugar", el cual busca mostrar la necesidad de

la convivencia social sin importar el ambiente en el que las personas se desenvuelven.

1. Introducción

La indigencia y las enfermedades mentales han coexistido en México desde hace mucho tiempo. Existen archivos posrevolucionarios que hablan de estos dos problemas, los cuales no se llegaban a atender de manera profesional, ya que por la falta de información en México no se conocía de estudios y tratamientos, y comúnmente los indigentes que además tenían un trastorno mental eran marginados de la sociedad, en su mayoría reclusos en hospitales o abandonados en instituciones —manicomio— que no les proporcionaban una atención adecuada.

Estos grupos están estigmatizados por estereotipos que ocasionan que la población en general se sienta incómoda o temerosa ante ellos, debido también a la falta de información y de conocimientos. En este trabajo se abordan estos dos problemas de manera teórica, y además por medio de un documental en el que se muestra otro punto de vista; en ese trabajo audiovisual se quiere ver con otra mirada a estas personas que han sido estigmatizadas, incluso por medios como el cine y la televisión a lo largo de los años, pues han retratado a los enfermos mentales y a los indigentes normalmente como personas violentas, poco confiables y sin control alguno de sus emociones y reacciones.

Según datos del DIF, en el año 2010 el Área Metropolitana de Guadalajara albergaba poco más de tres mil indigentes. En Guadalajara existe un centro del gobierno municipal que se encarga de recoger y ofrecer atención a estas personas, con la única condición de que carezcan de familiares y que padezcan alguna enfermedad mental. Lamentablemente, este centro ya rebasó su límite de ocupación, con poco más de 270 pacientes, los cuales son atendidos por un pequeño equipo de psicólogos y enfermeros, que a pesar de todo buscan proporcionarles la mejor atención con los escasos recursos con que cuentan.

1.1. Objetivos

El principal objetivo de esta investigación es conocer la historia de la indigencia en el Área Metropolitana de Guadalajara e investigar la permanencia de este fenómeno en la actualidad. La investigación se enfoca en personas indigentes con trastornos mentales que viven en la calle o que son atendidos en instituciones de salud públicas y privadas, así como las causas que los llevaron a esa condición.

En el AMG hay una gran cantidad de indigentes que viven en las calles y otra cantidad muy reducida que es atendida en instituciones de salud mental. Encontramos como equipo personas que cumplen con características que presentan personas con trastorno mental en situación de calle, mismas a las que nos acercamos mediante un discurso de equidad con el propósito de conocer lo que ellos viven y tratar de entender ese proceso. Mediante estos acercamientos se busca responder a la pregunta: ¿Cuáles son las condiciones óptimas para ofrecerles a estas personas una mejor calidad de vida?

A partir de la investigación y el acercamiento a estas personas se hizo un documental con el objetivo de mostrar la problemática de los indigentes. El segundo objetivo es lograr que, por lo menos, alguna parte de la población se interese en el tema y decida eventualmente apoyar a instituciones como la Unidad Asistencial Para Indigentes (UAPI).

1.2. Justificación

Para describir a este grupo social es necesario hacerse estas primeras preguntas: ¿Cuál es el problema de la indigencia en las calles del Área Metropolitana de Guadalajara? ¿Cuántos indigentes existen en ella? Los indigentes constituyen un sector de la población que vive en condiciones muy precarias y por lo general carecen de vivienda. La Unidad Asistencial Para Indigentes (UAPI) es una institución oficial que alberga aproximadamente a más de 200 pacientes, y en la

que solamente hay tres enfermeras por turno para atenderlos. El número ideal, según la Organización Mundial de Salud, es una enfermera o enfermero por cada diez pacientes (OMS, 2009). La UAPI cuenta con un presupuesto reducido que hace difícil mantener las instalaciones en condiciones óptimas. Esto representa un problema grave porque al albergar a una cantidad tan grande de pacientes se hace casi imposible poder ofrecer condiciones de atención y de vida dignas. Lo ideal es que la familia se haga responsable, pero muchas de ellas viven en situación de pobreza, y por falta de recursos abandonan a sus familiares diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental.

Los datos históricos sobre la concepción que se ha tenido del indigente y el trastornado mental son importantes para comprender el fenómeno actual. La persona que sufre de trastorno mental se ha ido convirtiendo, cada vez más, en un inadaptable social, por lo que se le confina en instituciones de salud mental. Por ello también es necesario conocer cómo a lo largo de la historia se han transformado los conceptos y el trato hacia las personas con trastorno mental. Se explica un contexto general para acotarlo posteriormente a la situación de personas indigentes con trastornos mentales en otros estados del país, en el estado de Jalisco y especialmente en el Área Metropolitana de Guadalajara (AMG). Es importante conocer el pasado de estas personas y cuáles fueron las circunstancias que lo orillaron a la indigencia, al trastorno mental, al abandono de sus familiares y, finalmente —aunque no en todos los casos— a la reclusión en una institución de salud

1.3 Antecedentes

Existen tres preguntas esenciales para los historiadores de la psicopatología, según Vicente E. Caballo: ¿Cuándo determinadas sociedades, en el pasado, definían la conducta como “desviada” o “patológica”? ¿Cuáles eran las creencias sobre los orígenes de esa conducta? ¿Cómo se trataba a las personas desviadas y por qué se intervenía de esa manera?

Es interesante conocer el pensamiento del siglo XVII, cuando se catalogaba al enfermo de lepra como loco. Se colocaba en un espacio moral de exclusión donde su primer destino era la calle y después eran internados. Según Foucault, este es un fenómeno bastante complejo, que el médico tardó en apropiarse mucho tiempo. Mucho antes de tener la idea médica del trastorno mental el confinamiento era una forma de control social, antes que una forma de curación. EL 27 de abril de 1656 se inaugura el Hospital General en París, con el objetivo de impedir la mediocridad y la ociosidad. En 1532 el Parlamento de París decidió que se iban a arrestar a los mendigos para llevarlos a trabajar para la ciudad en las alcantarillas, eran encadenados en parejas. Consecutivamente las injusticias se cometen en París, en 1606 los mendigos son azotados en la plaza pública, marcados y expulsados de la ciudad. Un conflicto evidente donde el parlamento y la Iglesia imponen nuevas reglas, los exiliados se convierten en encerrados, es sostenido por el gobierno a costa de la pérdida de su libertad individual. Se encierra entonces a personas sin recursos, sin lazos sociales, abandonados, o víctimas del desarrollo económico. Para 1661 estaban 5 mil o 6 mil personas internadas en total, repartidos en diferentes hospitales. Y así en una gran parte de Europa. A pesar de todas las medidas tomadas la pobreza no cesa de crecer. Tiempo después a la represión se le agrega una nueva utilidad, que es la mano de obra barata (Foucault, 1964).

Es obligatorio entonces interrogar a la concepción de locura que se tenía en la época clásica según Foucault. ¿Cómo se reconoce al trastornado mental? ¿Cómo asignarlo sin cometer error? Estas preguntas se hacían a partir de lo filosófico antes que lo médico. Un mundo donde la atención iba dirigida a los críticos, a los escépticos, a los moralistas. La equivocación en el concepto del sin razón es evidente, pero parece incluso necesario pensar en un mundo antiguo donde el estigma al mendigo, al pobre, al vulnerable se llevaba a cabo de forma autoritaria. Todo el devenir de las razones por la que aislamos al indigente surgen desde civilizaciones anteriores a la nuestra. Este pequeño asomo histórico sirve

para relacionar directamente a las instituciones que vinieron a crear un México nuevo y moderno.

En el Área Metropolitana de Guadalajara, el 21 de agosto de 1905 el doctor Luis Merino solicitó permiso para poner a disposición del público la casa de salud de San Juan de Dios para la asistencia de enfermos alienados, con el objetivo de crear un departamento especializado y gratuito para los enfermos con recursos económicos limitados. El 9 de septiembre de ese mismo año se le concedió el permiso al doctor Merino para poner a la disposición del público la casa de salud para la asistencia de enfermos. De esta forma, a ocho km de la ciudad de Guadalajara, se inauguró la Casa de Salud San Juan de Dios para Enfermos Alienados, a cargo de la orden hospitalaria de San Juan de Dios (Cocula–León, 2014).

En esa época los centros de asistencia que había para enfermos alienados no tenían los recursos o la capacidad para tratar a los pacientes de manera correspondiente, ya que en México no existía aún la práctica formal de la medicina psiquiátrica.

El 1 de septiembre de 1910 Porfirio Díaz inauguró en la Ciudad de México el manicomio de La Castañeda, conocido como “el Palacio de la Locura”. Con el objetivo de que el tratamiento que se les daba a las personas que padecían alguna enfermedad mental fuera más humanitario. Era importante encontrar un tratamiento adecuado para cada una de las patologías, evitando así marginar a los pacientes del resto de la sociedad (Vía México, 2017). La Castañeda se considera el primer manicomio general en México creado para poder tratar a los pacientes de manera profesional. Inicialmente recibió a 800 pacientes provenientes del Hospital de la Canoa y del Hospital de San Hipólito, que eran las instituciones encargadas de pacientes con trastornos mentales desde hacía varios siglos. La Castañeda tuvo problemas debido a una mala administración, por lo que empezó a sufrir carencias, y el trato a los pacientes empezó a volverse deficiente. Algunos historiadores lo llegaron a clasificar como “un mal sueño para la psiquiatría mexicana” (La Prensa, 2016). La construcción había sido hecha para albergar a

mil quinientos pacientes, pero llegaron a tener hasta tres mil quinientos, y no solamente había personas con enfermedades mentales, también había reos, prostitutas e incluso indígenas, con la excusa de que eran inadaptados socialmente. Los internos eran atendidos por un personal médico insuficiente, lo cual causó agresiones entre enfermos, violaciones, golpizas, suicidios y homicidios dentro del manicomio. Finalmente se optó por cerrar el manicomio de La Castañeda en 1968 (La Prensa, 2016).

En las décadas de los años sesenta y setenta México vivió el cierre de un ciclo y el inicio de otro en materia de asistencia a los enfermos mentales, pues en esos años el Estado creó una red de once hospitales en el país, que sustituirán a “La Castañeda”. En 1968 el traslado de sus pacientes agudos a hospitales con terapias farmacológicas y de los pacientes crónicos a granjas–hospitales basadas en terapias de trabajo fue visto como el fin de un tipo de psiquiatría que depositaba la curación del paciente en el aislamiento y el inicio de otra, la psiquiatría de hospital (Sacristán, 2005).

Con el cierre del manicomio central La Castañeda el 29 de junio de 1968 se crearon once recintos hospitalarios especializados que tuvieron como objetivo principal mejorar las condiciones de vida de los pacientes. Ya en 1966 se había fundado el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, y en 1967 el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. La creación del Instituto Mexicano de la Psiquiatría en 1979 dio origen al ahora Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

En 1956 el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios estableció un convenio de colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social para prestar atención a los asegurados hombres, y diez años después comenzó a recibir a mujeres. En 1992 el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios contaba con 200 camas disponibles para hombres y 100 para mujeres; en el año 2000 el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y el Centro Comunitario organizaron la atención de los pacientes por clínicas según su trastorno: trastornos por adicciones, trastornos psicóticos y esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos orgánicos y trastornos

varios. En agosto de 2003 el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios incorporó la Clínica de Ansiedad y Depresión.

1.4. Contexto

En 2014 había 515,000 indigentes en Jalisco (Coneval, 2014). Existen diferentes causas que llevan a las personas a terminar en la indigencia, como falta o pérdida de empleo, abandono, drogadicción, migración y trastornos psicológicos, entre otras formas de marginación social. Durante la presidencia de Álvaro Obregón (1920–1924) se consolidó la ideología nacionalista, que, al tratar de controlar los “males” de la revolución comenzó a aislar y a recluir a aquellas personas a las que se consideraba una amenaza al orden público (Ríos, 2010, p. 1327). Se pensó entonces que la solución a ese problema era la de crear instituciones para albergar a personas indigentes, como el hospital psiquiátrico de San Juan de Dios en la ciudad de Guadalajara.

En el AMG existen dos instituciones que asisten a personas indigentes con algún trastorno mental, la ya mencionada UAPI y el Hospital Psiquiátrico El Zapote, que en el año 2015 albergaba a 260 pacientes, cuando su capacidad es de 265 (Rello, 2015). En este se interna a pacientes con trastornos psicológicos como esquizofrenia, discapacidad intelectual, trastornos del estado de ánimo, trastornos neuróticos, trastornos de personalidad, entre otros.

La UAPI es una dependencia del Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS), dependencia oficial que desempeña tres principales funciones: la asistencia social pública para indigentes y personas mayores; la asistencia social privada para asociaciones civiles y fundaciones, el remate de vehículos remitidas por autoridades.

El IJAS se creó el 29 de diciembre de 1959, según la página oficial del IJAS. Este se fundó ante la urgente necesidad de organizar la asistencia social privada, de reunir esfuerzos públicos y privados para atender con mayor eficacia a los abandonados en la sociedad. Por esta razón se instituyó como un organismo

público descentralizado, conformado por la sociedad civil, la iniciativa privada y el gobierno (Gobierno del Estado de Jalisco, 2017).

La UAPI fue creada en 1966 con el objetivo de ofrecer atención a las personas sin hogar. Entre los servicios que proporciona están techo, alimentos, servicios médicos, atención psicológica, psiquiátrica y trabajo social. Actualmente ofrece asistencia a poco más de 270 pacientes; cuentan con menos de 50 empleados, y a pesar de tener un presupuesto de dos millones de pesos el albergue carece de personal y de instalaciones para poder ofrecer un trato digno a los pacientes. Las condiciones para que una persona pueda ser aceptada en la UAPI son principalmente que sea un indigente que carezca de familiares y que no tenga los recursos para mantenerse ni pagar atención psiquiátrica —a diferencia de otras instituciones que atienden a pacientes psiquiátricos, como es el caso de El Zapote.

Se estima que hay alrededor de tres mil personas indigentes —en situación de calle— en el AMG, y si bien también existe el CADIPSI (Centro de Atención y Desarrollo Integral para Personas en Situación de Indigencia), que fue renovado y re inaugurado en 2016 para poder albergar un poco más de cien personas. A diferencia de UAPI, éste no recibe a indigentes con problemas mentales (Yenzi, 2016) .

Según las últimas estadísticas del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del estado (DIF), en 2010 vivían en las calles del AMG alrededor de 3 mil 840 personas en indigencia, de las cuales 1,949 son hombres adultos, 784 son mujeres, 737 niños y 370 niñas. Se estima que 60% de la población en situación de indigencia proviene de otros estados de la república y 20% de otros municipios de Jalisco; se estima que 70% de todos ellos usa o ha estado en contacto con alguna droga. El presidente municipal de Guadalajara, Enrique Alfaro, reconoce que existe un problema y que éste se ha desbordado. En una entrevista que hizo el 21 de Mayo de 2017 en W radio dijo acerca de las personas en situación de calle:

El problema está creciendo, el problema es que el tamaño del fenómeno va en aumento no va en disminución y lo que nosotros estamos haciendo es atender los

efectos de algo que está asociado a un problema mucho mayor, la capacidad de atención está al tope, no podemos entrar a hacer limpieza social, les tenemos que atender a la gente con un sentido humanitario, nada más que los alcances del gobierno tienen un límite, no podemos ya con más, tenemos capacidad para atender a lo mejor a 500 personas, pero hoy estamos hablando de más de tres mil personas que tenemos identificadas viviendo en la calle (W Radio, 2017).

Enrique Alfaro termina la entrevista con un llamado a que las autoridades estatales y federales apoyen en la solución de este problema, el cual ha rebasado todas las acciones que se han tomado en el municipio; falta renovar las políticas públicas.

2. Desarrollo

2.1. Sustento teórico y metodológico

En este apartado se hace una revisión de los conceptos e ideas que se han desarrollado en el tema de la indigencia y el trastorno mental. Aunque son dos concepciones diferentes, el indigente y el trastornado, entre ellas hay una relación muy estrecha. Por lo que justamente se busca entablar un diálogo entre diferentes puntos de vista, científicos y filosóficos, para encontrar su relación. Se definen diferentes conceptos como salud mental o trastorno mental.

Para cuestionarse sobre la existencia de un trastorno mental en una persona es necesario, primero, aclarar el concepto que se tiene sobre salud mental. La persona considerada razonable se encuentra en condiciones de juzgar al sin razón. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como el bienestar del que una persona goza como consecuencia de un buen funcionamiento en los aspectos cognitivos, afectivos y de la conducta. Esto lo lleva a un despliegue óptimo de su potencial para la convivencia, el trabajo y la recreación (Carrillo, 2000, p. 17). Por otro lado, el profesor de medicina ética Len Doayl y el profesor de ciencias políticas Ian Gough definen la salud mental como la autonomía que el individuo posee; esta autonomía nace de la capacidad de

iniciar una acción junto con la formulación de propósitos y estrategias, que se pondrán en acción al intentar alcanzar la realización satisfactoria de esa acción. Este principio está determinado por tres variables. Primero es necesario un nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros. Segundo, la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo. Tercero, las oportunidades de actuar en consecuencia y la libertad implicada por ello (Verdugo, 2002, Registro 921). En términos filosóficos esta reflexión hace una relación con un verso escrito por Foucault en el libro *Historia de la locura en la época clásica*:

En el camino de la duda, Descartes encuentra la locura al lado del sueño y de todas las formas de error. [...] Para la locura, las cosas son distintas; si sus peligros no comprometen el avance ni lo esencial de la verdad, no es porque tal cosa, ni aun el pensamiento de un loco, no pueda ser falsa, sino porque yo, que pienso, no puedo estar loco. Cuando yo creo tener un cuerpo, ¿Estoy seguro de sostener una verdad más firme que quién imagina tener un cuerpo de vidrio? Seguramente, pues “son locos, y uno no sería menos extravagante si me guiara por su ejemplo”. No es la permanencia de una verdad la que asegura al pensamiento contra la locura, como le permitiría librarse de un error o salir de un sueño; es una imposibilidad de estar loco, esencial no al objeto del pensamiento, sino al sujeto pensante. Puede suponerse que se está soñando e identificarse con el sujeto soñante para encontrar “alguna razón de dudar”: la verdad aparece aún, como condición de posibilidad del sueño. En cambio, no se puede suponer, ni aun con el pensamiento, que se está loco, pues la locura justamente es condición de imposibilidad del pensamiento (Foucault, 1964)

Este paréntesis se incluye para la búsqueda de reflexión posterior a las definiciones que se dieron de salud mental. El primer punto que menciona Len Doayl y Ian Gough dice que el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros es un factor para la salud mental. Mientras que Foucault dice: “*Para* la locura, las cosas son distintas; si sus peligros no comprometen el avance ni lo esencial de la verdad, no es porque tal

cosa, ni aun el pensamiento de un loco, no pueda ser falsa, sino porque yo, que pienso, no puedo estar loco” (1983). La diferencia es que en el texto de Foucault se hace referencia al sueño y se genera la duda antes de la claridad. Es importante mencionar que el concepto “locura” que usa Foucault para determinar a quienes tienen un trastorno mental se considera pernicioso para la sociedad pero que arguye a una etiqueta que se utilizaba en la época clásica. Antes no existía una conciencia, ni avances científicos tan extensos como para poder definir la diferencia entre un trastorno mental y otros tipos de enfermedades por lo que la palabra loco era la utilizada.

El estudio de la enfermedad mental se caracteriza por su gran variabilidad en el modo en el que las personas se ven afectadas. La salud mental se puede ver afectada por diferentes factores, como por ejemplo el desempleo, la falta de dinero o el bajo nivel educacional (Verdugo y Martín, 2002). Raymon Cochrane (1983) en su libro *La creación social de la enfermedad mental* ya había establecido puntos en común con Verdugo y Martín, a excepción del agregado de influencia genética que se explica en el modelo de Kohn. Observa que hay una gran probabilidad de que exista un componente genético que provoque alguna clase de desorden psicológico:

La evidencia más fuerte de un componente genético está en la esquizofrenia, pero también se ha señalado para el alcoholismo, la angustia reactiva, las obsesiones y las reacciones paranoides. [...] No obstante, los factores hereditarios no pueden ser considerados como una condición suficiente para el desarrollo de una enfermedad psicológica (Kohn, 1968).

Hayward P. Bright define el estigma como un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamiento que está configurado como prejuicio y conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada (Hayward, P. Bright, 1997). El estigma conlleva entonces a la separación social, la cual sirve como medio de investigación para clasificar a los diferentes perfiles que distinguen a un grupo social del otro. Por los medios por los que se recolecta

evidencia, independientemente de los índices de salud psicológica que se usen, los descubrimientos coinciden en que quienes se encuentran en el status social más bajo son asociados con un mayor riesgo de tener problemas psicológicos (Cochrane, 1983). Por ejemplo la encuesta comparativa hecha por Dohrenwend y Dohrenwend (1969), descubren que la clase social era la única variable demográfica que estaba coherentemente relacionada con el estatus psicológico. En las investigaciones que implican raza, sexo, edad no se obtuvieron resultados tan válidos como lo demostraba la clase social. Faris y Dunham (1939) supusieron que el status social era la causa del estatus psicológico, pero se puntualizó que lo opuesto era igualmente posible. Estas dos hipótesis han llegado a ser conocidas como la hipótesis de la causalidad social y de la selección social respectivamente (Cochrane, 1983). La forma de la estructura psicológica de las personas más pobres entonces se establece que tiene relación con su falta de poder económico, poca influencia social y no disfrutaban del poder ni de la confianza que brinda el conocimiento (Hess, 1970). Por lo que los factores que menciona Raymon son: el exceso de stress, pobres condiciones laborales, falta de control sobre el ambiente, bajo nivel educacional y la transmisión familiar de valores. Los que están mejor educados y tienen un más alto estándar social suelen estar en mejores condiciones de solucionarlo, ya sea con vacaciones o asesoría profesional personalizada. Otra razón del éxito de los nuevos tratamientos fue la posibilidad de hacer accesible la psiquiatría a todos los enfermos que la necesitaran. La psicoterapia es una manera efectiva de tratar a los trastornados pero se reduce a un grupo pequeño de personas, que suelen ser los ricos.

La mayor parte de la gente no sabe con exactitud cuándo se necesita tratamiento psiquiátrico, cómo escoger médico psiquiatra o cómo valorar el tratamiento. (Lickey y Gordon, 1986) En un estudio cualitativo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría que se les hizo a los pacientes de un hospital psiquiátrico en España se les preguntó cómo se identifican ellos mismos, o como se describen. Los pacientes respondieron que al ser diagnosticados se identificaban con los estereotipos que se les presentaban en su vida cotidiana; los

mismos estereotipos que nos hacen tenerle miedo a los enfermos mentales, los que vemos en los medios masivos de comunicación, que sesgan la realidad y que refuerzan las imágenes de los “locos”, de una persona agresiva, rara, débil, alguien impredecible en su conducta y con quien no es posible razonar (Ochoa *et al.* 2011).

La enfermedad mental sigue siendo un área científica de experimentación y donde se siguen haciendo preguntas como si ¿Ha habido progresos en los tratamientos de la enfermedad mental? La falta de pruebas de mejoría en la evolución de pacientes que sufren una enfermedad mental grave fue subrayada por primera vez por el psiquiatra y antropólogo Richard Warner en su influyente libro de 1985, *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. Warner consiguió identificar 68 estudios americanos y europeos en los cuales se hacía un seguimiento a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y se evaluaba su evolución. No halló ninguna prueba de una mejoría global desde las primeras décadas del siglo XX. Resultó de gran importancia la observación de Warner respecto a que nada indicaba que la introducción de la clorpromazina y de otros antipsicóticos hubiese afectado a la evolución de los pacientes, pero que sí había pruebas de la importancia de la situación económica: los pacientes se recuperaban pero en épocas de recesión que en épocas de auge económico. (Warner, 1985)

Un último factor que es importante mencionar es el de crecimiento poblacional, que congregados, produce un crecimiento en los problemas de salud mental. El modo de vida urbano en consecuencia se puede establecer como antinatural y sus habitantes sufren niveles más grandes de estrés en comparación con los habitantes del campo. La salud física y mental se pone en riesgo al estar en las grandes ciudades, que están llenos de vicio y la corrupción. (Cochrane, 1983) Todas las causas de estos cambios son verdaderamente complejas. Sea como sea, si se interpretan las pruebas cuidadosamente, parece razonable decir que no hay fundamentos para creer que los avances en la asistencia psiquiátrica

hayan llevado a mejoras en la salud mental de los países industrializados (Bentall, 2009).

2.2. Planeación y seguimiento del proyecto

Descripción del proyecto

De manera contigua a la investigación el proyecto de realización consiste en un documental que muestra la forma en que viven los indigentes con padecimientos psiquiátricos en una institución gubernamental, y donde se contraste su calidad de vida con la de los internos en la casa de paso “Parque del Bosque”. Dos estilos de vida que propician la reflexión sobre la importancia de la institución frente a una situación que pone a los indigentes en las calles en un estado de vulnerabilidad. El documental busca adentrarse en la perspectiva de los pacientes, tratando de documentar su visión del mundo. El punto más importante al final de la experiencia del documental, no solamente entabla un diálogo entre dos instituciones, sino que se enfrenta a una necesidad básica para los humanos, que es la interacción. La convivencia social es una parte importante de las imágenes que se muestran, porque al final es lo que los convierte humanos, cercanos, allegados. Se descubren sus experiencias, sus recuerdos, sus ideas, sus anhelos, su sentir, su querer.

Al inicio del proyecto todo comenzó como un proyecto ambicioso donde se quería mostrar una situación histórica y comparativa entre distintos grupos sociales. Al inicio se querían hacer cápsulas documentales con casos separados de personas con un trastorno mental. Después se pensó en volver más cercanas a estas personas con el proyecto, es decir, hacerlo participativo haciendo que nuestros personajes graben con una cámara de video. Para que ellos pudieran mostrar las imágenes captadas desde su perspectiva, buscando nosotros como realizadores las cosas que el ojo del trastornado decide ver. Otra idea era comparar la situación de indigentes en una institución pública con la de los internos en un psiquiátrico privado y con los indigentes que viven en la calle. Por cuestiones de tiempo y de permisos, al final las instituciones seleccionadas fue

UAPI y Centro del Bosque. La apropiación de la cámara fue anulado también debido a que no estaban en condiciones de hacer el manejo de cámara.

El albergue Unidad Asistencial Para Indigentes (UAPI) fue donde estuvimos más tiempo y fue nuestro primer acercamiento. En esta primera visita se hizo contacto con el director y con la psicóloga del lugar para dialogar con ellos sobre el proyecto y los permisos necesarios para grabar dentro de las instalaciones. Se contactó al director de Transparencia del gobierno, a quien le solicitamos los permisos para grabar en la institución, con la única condición de no grabar a los pacientes de manera frontal.

Buscamos también una institución psiquiátrica privada, y encontramos la casa de paso llamada “Centro del Bosque”. En esta institución fue difícil establecer contacto, y para hacer entrevistas había muchas restricciones, pues se trata de pacientes de familias adineradas o influyentes. Al final se llegó al acuerdo de hacer entrevistas solamente con audio.

Ya con el equipo de grabación —una cámara de video, grabadora de audio Zoom, un lavalier y un boom— fuimos a la UAPI en siete ocasiones durante el mes de junio; al Centro del Bosque hicimos dos visitas.

El documental producido se meterá al concurso Premio Juan I. Menchaca, “una mirada a través de tus sentidos”, hecho por el Instituto Jalisciense de Asistencia (IJAS), la carpeta de producción se podrá ver en la sección de anexos, como anexo 1.

3. Resultados del trabajo profesional

La información que lanzaron las entrevistas a distintas psicólogas del Central del Bosque y Unidad de asistencia para indigentes (UAPI) indica una clara diferencia principalmente en la parte monetaria y de ahí derivan consecuencias más significativas que afectan directamente al desarrollo de los pacientes que cada institución tiene.

Una de las principales diferencias entre los centros es el nivel socioeconómico que detonan factores como el nivel de vida que se le puede ofrecer a los pacientes, siendo de nivel medio alto Centro del Bosque y UAPI de nivel socioeconómico bajo, esta diferencia da como consecuencia el cómo las personas externas perciben a los trastornados mentales y como la apariencia de los mismo es factor primordial de aceptación a los mismos, por lo que los pacientes de UAPI al ser de clase baja y padecer de trastorno mental son más propensos a ser tratados de una manera negativa que los de clase social superior como los de Centro del Bosque, así como la educación que recibieron las personas relacionadas con las personas con trastorno mental.

La cultura es un factor que resultó ser de suma importancia según la información obtenida en las entrevistas como lo mencionan en varias ocasiones por razones de aceptación y conocimiento del trato adecuado de los pacientes que padecen de este tipo de trastornos, retraso o situación de calle, la importancia de mantener un nivel de vida digno para cualquier personas sin importar si tienen dinero o no y de cómo la percepción es de suma importancia para ser tratados de cierta manera.

El capital destinado para cada institución es diferente, para empezar UAPI funciona como dependencia de IJAS que es instancia gubernamental que ciertamente apoyada por el gobierno pero que no tiene en cuentas detalles importantes como el número de personas que entran y salen diariamente de UAPI o las enfermedades que los pacientes pueden adquirir como situaciones extraordinarias por lo que se ven en aprietos, por otro lado en Centro del Bosque es una dependencia privada que se sostiene mediante una mensualidad establecida más un cobro por medicamentos, comida, cuidados y terapias, por lo que son atendidos de manera personalizada y sumamente consciente de no solo tratarlos sino de darles las herramientas necesarias para su inserción como ciudadanos productivos, la psicóloga Susana de UAPI nos menciona un aspecto importante acerca de esta necesidad:

[...] como en cualquier instancia o institución eh, pública, todos estamos sintiendo pues el ajeteo y definitivamente, este , creo que estamos teniendo esta secuela que están viviendo todas las instituciones, yo creo que nunca va a haber dinero suficiente que alcance para poder atender de forma al 100% a toda la población y poderlos asistir con todo el personal que corresponde, creo que es una situación que no solo está en IJAS, creo que es una situación que está en todos lados, creo que es una situación globalizada y bueno en un lugar como este y bueno en un lugar como este se visibiliza más, ¿no?

La situación de visibilización y percepción de los pacientes es sumamente importante en su desarrollo, y el trato que regularmente reciben es el de enajenamiento o de la invisibilización de las mismas, la psicóloga Susana menciona la triste realidad de la situación que viven los mexicanos en situación de calle que de por sí son un segmento poblacional marginado en suma con la situación mental que padecen los pacientes de UAPI.

La necesidad de ser conscientes con las necesidades de las personas es primordial para una convivencia positiva y estable, la importancia de los valores y de la familia, las herramientas necesarias que se requieren para lograr esta meta son dadas mediante la educación y la búsqueda de la equidad, estas herramientas deberían ser dadas desde la educación temprana así como la capacitación constante a la población para el trato de las personas con capacidades diferentes, existen regulaciones que implementan prácticas de inclusión ciudadana, sin embargo y lamentablemente no son suficientes.

La necesidad de sensibilizar a la población mexicana es un factor sumamente necesario para una evolución ética que haría avanzar el desarrollo social y económico como lo dice la psicóloga Susana Casillas

Este lugar es un lugar triste, es un lugar triste porque si tu te vas a cualquier otro país te vasa dar cuenta que no hay indigentes ¿por qué?, porque el gobierno se hace cargo de los hospitales psiquiátricos y de todos aquellos que pudieran ser adictos y terminan en calle pues los

recogen, o por otra parte las familias se siguen haciendo cargo de ellos de forma indirecta, directa o indirecta, entonces en nuestro país, eh , este lugar no debería de existir, pero sí existe es porque algo está pasando en el tejido social, es porque estamos teniendo muchos problemas en el seno de la familia en las relaciones interpersonales de la familia, estamos teniendo muchos problemas con adicciones, se nos daba una cifra el otro día, nos decían que el porcentaje de chicas adictas según el CECAJ en Jalisco había aumentado en un 200%, en un 200% de mujeres adolescentes, si, entonces, estamos teniendo personas que inician cada vez a edad más temprana con adicciones y con adicciones a drogas duras, ni siquiera a marihuana, sino cristal, cocaína, drogas duras sintéticas que en poco tiempo vamos a ver repercusiones a nivel neurológico, a nivel comportamental a nivel psicológico de este tipo de problemáticas y ¿qué va a pasar con todo esto? Pues obviamente el comportamiento de una persona con adicción genera ruptura familiar o la adicción se generó por la situación familiar y entonces vamos a ver un esquema de familia roto, ¿y qué es lo que vamos a ver? Pues que los vamos a ver en las calles.

La conciencia de las personas que trabajan con personas con trastorno mental deben ser conscientes de sus capacidades y de sus limitaciones tanto como de sus necesidades para poderlos guiar a un mejor desenvolvimiento que haría posible mejorar su nivel de calidad de vida como lo menciona la psicóloga Susana Casillas

[...] no es que yo no crea que no hay mucho que hacer por ellos, yo creo que hay mucho que hacer por ellos, porque el solo hecho de que un paciente que antes comía con las manos ahora coma con una cuchara es genial, es fabuloso, eso mejora su calidad de vida, un paciente que antes no se lavaba las manos durante las tres comidas por

sí mismo y que ahora ya lo haga y que incluso venga a pedir el jabón es genial, estás mejorando su calidad de vida, el que puedas decirle al paciente, te pusiste la camisa al revés y lo puedes apoyar con eso, es genial porque también ellos tienen que cuidar su apariencia, porque también eso les da calidad de vida, el que puedan estirar un poquito los brazos, el que puedan ver una película es muchísimo trabajo y es genial porque todo eso mejora su vida y eso está bien.

En otro escenario podemos ver a Centro del Bosque que tiene más ingresos y puede dar un cuidado personalizado a los pacientes y cuentan con otro tipo de dificultades como de la posibilidad de manipulación por parte de los pacientes por su posición de poder sobre los trabajadores y utiliza su rol a su favor, cuando una persona comienza a utilizar su conducta desviada o un rol basado en ésta como medio de defensa, ataque o ajuste a los problemas manifiestos o encubiertos creados por la consiguiente reacción de la sociedad donde su rol es utilizado como herramienta como lo menciona la psicóloga Marta Torres, directora de Centro del Bosque y como los trabajadores tiene que aprender también a cómo tratarlos, regresando así al tema de educación y cultura visto desde otra perspectiva:

pues fíjate que nosotros siempre estamos al pendiente, yo soy la jefa de personal, yo soy la que siempre por ejemplo estoy atenta a las vacaciones, a quién contrato, o ,o cómo se están sintiendo ¿sabes?, llamamos a la de la cocina y a la del aseo, sí, siempre es como decirles “¿y cómo te estás sintiendo?”, porque de repente es muy fácil pelearse ,o sea, si tu vienes mal de afuera pues vienes y te desquitas aquí adentro, porque pues aquí todo el tiempo es cómo, aquí puedes hacer muchas cosas que no puedes hacer allá afuera, puedes aquí tener crisis histriónica, puedes aquí llorar, gritar, bailar, saltar y entonces pues tu le das un sentido diferente, no es como desde la

crítica sino desde a lo mejor algún momento que está pasando la gente.

La persona que hace el aseo de la casa, ella tiene con nosotros, yo creo que como unos diez años, entonces ella también sabe cómo tratarlos a ellos.

Socialmente como individuos funcionales en una sociedad tendemos a crear marcos de comportamiento y discernimiento entre lo correcto y lo incorrecto dependiendo del lugar, el rol y la situación, por lo tanto queda entendido que cualquier acto fuera de ese marco es considerado incorrecto o desviado y cualquier infracción a la norma se constituye como una desviación, y según Baker se debe distinguir entre desviado y transgresor de la regla, definiendo la desviación como “una cualidad del acto que comete la persona, sino como una consecuencia de que otros apliquen reglas y sanciones al “transgresor”. Desviado es a quien se le ha aplicado satisfactoriamente esa etiqueta (Becker, 1963, p. 9.)

Los lazos afectivos fueron otra cuestión importante para analizar, al estar los “cuidadores” (llamaré así a cualquier persona que forme parte del equipo que trabaje en contacto con los pacientes de UAPI o de Centro del Bosque) en contacto con los pacientes desarrollan con la posibilidad de transgredir su desarrollo según su rol son fácilmente quebrantables por el simple hecho de que están en contacto con ellos una parte importante de su tiempo, esto sucede en ambos casos estudiados, como ejemplificamos citando las entrevistas.

Psicóloga Alba Mayo Villareal

Este, sí, no les voy a decir mentiras, eh, mi condición ética me dice que son mis pacientes, mi conciencia de procesos de salud enfermedad me repite que son mis pacientes pero tengo cinco años trabajando, dando horas extras, emh, pasando buenas y malas en la unidad, los pacientes también son parte de mi vida, se vuelven también parte de mi familia, que tengo que ser

cuidadosa, ahm, en la forma en que me manejo en esta parte de, este, no son niños, no son mascotas como para decir, ah es que me voy a llevar a tres a mi casa, no, los afectos existen, creo que de hecho tengo demasiados afectos en UAPI, tengo muchos pacientes que yo te podría decir que se me no solo su historia si no que nos hemos divertido un montón, que cuando escucho sus historias me angustio, yo siempre he creído que el día que a mi me deje de doler la UAPI.

Psicóloga Susana Casillas

Yo creo que no hay un solo paciente con el que uno no tenga la iniciativa de poder acercarse y poder apoyarlo en algo, he, verlos en esta condición tan vulnerable te hace cuestionarte a ti mismo como profesionista y como persona, he, respecto a tus alcances y limitaciones y te das cuenta que muchas de las cosas que se hacen, he, se podrían hacer mejor cada día, yo me he dado cuenta que ellos me brindan una oportunidad de poder ser mejor persona, he, definitivamente todo el aprendizaje también profesional yo se los debo a ellos, yo creo que ellos día con día nos brindan oportunidades para cuestionarnos nuestra propia vida para entender lo que pasa afuera, para saber que afuera nosotros tenemos opciones que posiblemente ellos no tengan y claro que se forja un lazo, un lazo muy estrecho con ellos sin llegara este afecto que pueda entorpecer nuestro también, ¿no?, pero sí, porque también se tiene que guardar un nivel de profesionalismo, eh, definitivamente su condición de vulnerabilidad, verlos en esa situación de vulnerabilidad, definitivamente nos compromete y nos obliga a estar ahí, a asistirlo, yo digo que no son mis pacientes, yo digo que son mis hijos y en el departamento nos manejamos así.

Psicóloga Marta Torres

[...] de lo primordial es como las reglas básicas para vivir, ¿no?, como para vivir como comer, dormir, socializar, si o sea y los doce pasos son así, tienes que aprender primero a estar en el aquí y en el ahora, necesitamos aprender a

reconocer como estoy, como pienso como me escucho, como me muevo, que necesito, como me miro, siempre, es conectado a ti a ti a ti , que eso es lo difícil y entonces en esta casa de medio camino es una casa donde a mí me gusta mucho el trabajo también, es una casa donde no son psicólogos, pero en la realidad yo aprendo que el mejor psicólogo no es el que, no es el que ha estudiado más, sino el que mejores experiencias a tenido y sale de ellas, entonces la casa de medio camino pues , todos los jovencitos o la gente que vive ahí, pues ya viene de, de Tetlán, de Esteban Alatorre, de [ininteligible] , de Pirineos, desde procesos de seis, ocho o hasta un año, entonces ya llegan con un aprendizaje de, de compartir, de dar, de dirigir, si tu metes a un paciente con un problema mental, ellos te ayudan a bañarlo, o sea no les da asco, le dan de comer en la boca, lo acompañan, no duermen si está enfermo, o sea realmente es un trabajo que mis respetos.

En conclusión con la información recabada en comparación con lo observado a lo largo de este verano en ambos centros es que es necesaria la concientización de la población general ante las personas con capacidades diferentes como lo son las personas con trastorno mental y la necesidad de ser tratados como personas para mejorar su desarrollo como personas en la sociedad así como la importancia de la interpretación del espacio de confinamiento se convierte también en un aliado para expresar la locura y el sufrimiento que conlleva. El pintor Francisco de Goya, considerado uno de los más singulares exponentes del tema de la locura, en cuadros como “Casa de locos” o “El sueño de la razón produce monstruos” (ca. 1815), los lazos afectivos que los cuidadores comparten con sus pacientes es siempre un factor que puede entorpecer procesos de desarrollo como el hecho de que se les llame “mis niños” haciendo referencia a un comportamiento de infantes dándoles entonces no sólo un rol de inferioridad aunado a su rol de trastornados, sumado a la vulnerabilidad que Beck y Emery definen como “la percepción que tiene una persona sobre sí misma viéndose sujeta a los peligros internos y externos sobre los que carece de control o este es insuficiente para permitirle una sensación de seguridad” (Scheff, 1966, p. 62.).

4. Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto

Raúl Jiménez Carrillo

Aprendizajes profesionales

Este proyecto me permitió explorar los distintos campos de la comunicación, utilicé mis conocimientos en investigación, en comunicación social y en productos audiovisuales. Por el tema que elegimos también tuve que entender el aspecto psicológico y psiquiátrico de las enfermedades y todos los estigmas con los que cargan estas profesiones y sus pacientes. De igual manera se tuvo que indagar el cómo iba a ser la correcta aproximación a estas instituciones y personas, ya que éste es un tema delicado y pocas veces se le da un trato digno.

Creo que fue muy importante investigar el contexto de cómo eran tratados los enfermos mentales y cómo son tratados ahora, el ver cómo ha evolucionado la medicina, junto con el trato que se les da a los pacientes. También creo que fue muy enriquecedor poder ver cómo es el trato que se le ha dado a estas personas por parte de la misma sociedad y por parte del gobierno, poder saber todo el contexto para entender cómo fue que llegamos a donde hoy estamos parados.

Creo que en este proyecto fue importante para el equipo y para mí el poder ser capaces de interactuar con diferentes personalidades, desde directivos a cargo de la transparencia de instituciones gubernamentales hasta pacientes con alguna enfermedad mental, esa habilidad de poder ser como camaleones a la hora de hablar con estas personas nos ayudó a crear una confianza y un vínculo con algunos de ellos, lo que facilitó la realización del documental.

Aprendizajes sociales

Creo yo que todo lo que hacemos dentro y fuera del aula de clases está ligado con algún círculo de la sociedad, es una gran esfera de la cual no nos podemos apartar y con la cual interactuamos a diario. En este caso creo que el proyecto que realizamos va a influir de manera directa a la sociedad del Área Metropolitana de

Guadalajara y si la distribución del documental es la esperada tal vez influya en más personas.

Como ya lo mencioné anteriormente, tanto los enfermos mentales como los indigentes han sido parte de nuestra sociedad desde siglos atrás, al no entender qué era lo que les pasaba a estas personas o bien cómo tratarlas se les empezaba a marginalizar y a apartar del resto de la sociedad. Todo esto generó estereotipos que hizo que las personas los siguieran apartando.

Con el proyecto se plantea hacer que las personas se den cuenta del problema de la indigencia en la ciudad y que el gobierno en conjunto con la sociedad pueda generar cosas para ayudar a estas personas. Creo que el documental puede hacer que las personas hagan conciencia que ellos también son personas y que muchas veces acaban en estos problemas por razones ajenas a ellas, también se está visibilizando el problema de las enfermedades mentales.

Al estar investigamos nos dimos cuenta de que algunas personas con enfermedades mentales las obtuvieron estando en la calle, en su mayoría por uso de drogas o bien por alguna enfermedad mental que no se atendió a tiempo. Si se logra que el gobierno y la sociedad entienda eso, se puede “atacar” al problema antes de que crezca más. Se tiene que dejar de ver a estas personas como el problema y verlos como una consecuencia de algo más complejo.

Previo a este trabajo sí estaba consciente de la indigencia pero no de la magnitud del problema y de las consecuencias que ésta puede tener, no entendía y no me ponía a pensar en el pasado que ellos llegaron a tener y a las razones que los llevaron a estar viviendo a esa manera. Siento que nos tenemos que poner en contexto antes de juzgar a alguien de conocerlo, ya que de esa manera podemos tener un pensamiento más humano, un mayor entendimiento con las situaciones que nos rodean y que están en nuestra ciudad.

Aprendizajes éticos

Este proyecto representó un gran reto en cuestiones éticas, ya que trabajamos con indigentes con enfermedades mentales, los cuales en su mayoría son

clasificados como “NN”, lo cual quiere decir que no tienen alguna identidad confirmada, prácticamente no son ciudadanos legales ya que no se puede comprobar quiénes son. Fue difícil planear el acercamiento ya que teníamos que tener cuidado con lo que se les iba a preguntar, a qué información podemos acceder y sobre todo tuvimos mucho contacto con los de transparencia, ya que como la Unidad Asistencial Para Indigentes es del gobierno, tuvimos pláticas con los encargados de ver por los derechos de los pacientes.

A la hora de hacer el documental también te enfrentas con un conflicto ético, ya que al pasar tiempo dentro de la institución te puedes dar cuenta de que puedes llegar a ver algún conflicto entre pacientes, entonces a la hora de editar tienes que decidir qué material entra y cuál no al corte final.

Al final creo que nuestro objetivo en ningún momento es afectar a la institución no a los pacientes, sin embargo, también queremos demostrarle a los espectadores todas las vértices que se pueden llegar a apreciar con el objetivo de que se entienda y se aprecie más lo difícil de trabajar con estas personas, esto con el objetivo de dignificar y generar un apoyo que después los pueda beneficiar.

Aprendizajes personales

Creo que este PAP me ofreció una oportunidad para detenerme a ver las distintas situaciones que una ciudad puede tener desde otra perspectiva, este proyecto me dio oportunidad de investigar y de convivir con los indigentes a quienes normalmente excluimos y a los cuales solemos alejar. Me ha permitido explorar y poner en práctica distintas habilidades de mi carrera, pude llegar a conocer distintos perfiles y poder tratar con ellos de la mejor manera.

José Luis Ruiz Jasso

Aprendizajes profesionales

En este apartado le doy sentido al proyecto en el que estuve trabajando durante un verano de clases en el ITESO. Todo este tiempo lo viví sin realmente ponerme a pensar seriamente en las repercusiones que tendría esta experiencia en mi vida.

En el siguiente fragmento se van a desarrollar los pensamientos de una pequeña meditación sobre los aprendizajes que me ofreció el proyecto de PAP. Las siguientes preguntas se contestarán en su debido orden: ¿Qué aprendí para mi proyecto de vida? ¿Cómo me ayudó el PAP para aprender a convivir en la pluralidad y para la diversidad? ¿Qué me dio el PAP para conocer y reconocer a la sociedad y a los otros?

En el sentido profesional me doy cuenta que el PAP ofrece la oportunidad de pensar en las posibilidades de generar un proyecto para la vida. Proyectos donde se pueda mezclar la supervivencia y el sentido humanitario en los objetivos a cumplir. Por lo regular surge la duda de escoger entre una vida estable y segura donde el dinero no sea un problema, y con la otra posibilidad de llenar mi tiempo en proyectos que me hagan feliz y que sean útiles para la sociedad. La bifurcación de los caminos posibles para mi destino, ahora después del PAP, se convierten en una visión donde se podrían cohesionar. El documental y la investigación al final ofrecen la posibilidad de llevar estos proyectos a personas interesadas en conocer la forma de vida en UAPI. Generar conciencia se convierte entonces en prioridad en esta clase de proyectos y lo monetario se va hacia un segundo plano. En consecuencia después de este proyecto realizado me doy cuenta de que para el resto de mi vida necesito hacer más proyectos donde se vea implicada la investigación, la búsqueda de concientizar y la creación audiovisual como herramienta para transmitir mis ideas, dejando al final el generar riqueza. En mi opinión el capital no sólo es monetario, sino que éste puede ser un capital intelectual, cultural o social. En términos pragmáticos mis aprendizajes al hacer un documental son las maneras en las que se puede hacer un acercamiento al objeto de estudio. Aprendí sobre la necesidad de volverlo íntimo y siempre con el mayor respeto. Otro aprendizaje es la necesidad de una verdadera preparación antes de ir a grabar el documental. Evidentemente no existe un guión que pueda describir exactamente lo que va a pasar, pero en futuros proyectos es obligatorio llegar, al menos, con una escaleta que brinde una guía de lo que se quiere contar. En nuestra experiencia fue de forma opuesta, hubo un acercamiento al lugar, se

grabó y luego se definió sobre lo que se quería contar. Finalmente, un aprendizaje para mi proyecto de vida muy importante fue la realización del reporte y el trabajo en equipo. Primero, porque sin investigación se vuelve muy difícil ser solidario con las personas con las que se tiene contacto. Generar conciencia sobre el tema me brindó la posibilidad de ver con otros ojos al indigente, a sabiendas que su situación implicaba una gama de posibilidades muy grande. Era evidentemente ilógico y totalmente un acto de ignorancia. El trabajo en equipo se convirtió en una pieza fundamental del proyecto y continuamente me encuentro con la concepción de que trabajar con otras personas enriquece los resultados.

Aprendizajes éticos

El PAP me ayudó a aprender a convivir con personas diferentes a mí. Antes de los acercamientos a UAPI yo cargaba con un estigma enorme, donde solía definir al indigente como un actor que tan solo funcionaba como estorbo para el desarrollo social. Estos prejuicios tan dolientes se desvanecieron en el momento que la empatía apareció frente a personas viejas con muchas experiencia vivida, al acercarme a jóvenes incomprendidos con mucho por decir, con alcohólicos que se arrepienten de sus actos, con personas agradecidas por la ayuda que reciben, con algunos enfermos, como la epilepsia, que terminaron en situaciones de calle, y claro, por quienes trabajan en estos lugares, siempre con el mayor anhelo de ayudar al otro.

Aprendizajes Sociales

A pesar de toda la tristeza que se respira en el albergue me doy cuenta que los humanos, a pesar de la oscuridad, convierten la vida en un acto de esperanza. Este lugar me ofreció la posibilidad de conocer nuevas formas de pensar, de adquirir experiencias que me ayuden a apreciar todas las oportunidades en mi vida y sobre todo encontré la posibilidad de encontrar una forma de ayudar al otro. Es necesario que se entablen diálogos con la mayor cantidad de grupos sociales, entre mayor diversidad se tendrá mayor conciencia del entorno en el que vivimos,

y justamente ese aprendizaje nos lleva a la salud mental. Reconocer a la sociedad y a los otros no solo implica platicar y conocer a diferentes personas, además el PAP ofrece la posibilidad de tener un acercamiento e investigación. La teoría es necesaria para abrir el sesgo cultural que tenemos como velo frente a nuestros ojos. Por lo que este PAP enriquece la visión cultural a partir de experiencia y ciencia.

Ana Paulina Páramo Rojas

Aprendizajes profesionales

Este PAP me ofreció la oportunidad de realmente ver las cosas con otros ojos, el “Programa de Construcción de Opinión Pública e Incidencia en Medios Mirar la Ciudad con Otros Ojos: Memorias e Identidades” me ayudó a ser más consciente ante situaciones de grupos vulnerables, en específico ante personas con trastorno mental en situación de calle que fueron acogidos por un albergue de carácter gubernamental y poder ver la diferencia entre un grupo con problemas mentales pero con un nivel socioeconómico más elevado haciendo evidente la situación que viven los que tienen más carencias.

Este acercamiento que tuvimos con personas con trastorno mental, retraso mental y de la tercera edad de manera profesional fue muy interesante debido al grado de control que se tenía sobre las personas en cuanto a las entrevistas y mantener un hilo coherente en lo que se nos estaba contando, creí en un punto que sería mucho más difícil hacer que los pacientes se acostumbre a tener equipo de video relativamente grande ante ellos pero no fue así, se les veía naturales y un tanto indiferentes a los aparatos que se les ponía enfrente, les causó más curiosidad nuestra presencia y a pesar de ser personas con problemas mentales su nivel ético era notorio y se vieron actitudes de equidad y solidaridad entre ellos y para con el resto de las personas presentes dentro de sus centros correspondientes. Evidentemente se notó un cambio radical en el nivel de vida que cada centro ofrecía a sus pacientes, sin embargo, el cariño que los trabajadores tienen con sus pacientes es enorme indiferentemente del lugar, esto me hace

reflexionar como persona en cuanto a mi comunicación y relación con otras personas ya que eso es a lo que me dedico y creo que a todos nos falta un poco de tolerancia y siempre podemos trabajar más en nuestra persona.

Creo que es importante saber lo que se quiere comunicar y para esto es necesario tener bases en el tema que se va a comunicar, tal vez ése fue uno de los mayores retos a enfrentar para mí ya que no tenía mucho contexto con el tema de trastornos mentales ni de personas en situación de calle. Leer acerca de este tema me abrió los ojos en cuanto a las necesidades de este segmento de personas y de la falta de apoyo no sólo por parte del gobierno sino por parte de la población por cuestiones de ignorancia, que probablemente no sea por maldad sino porque nunca tuvieron cerca a alguien con estas características, y el humano por naturaleza reacciona con rechazo o miedo lo desconocido.

El cuidado del material que se consiguió debe seguir una serie de normas dirigidas a la protección de las personas que son parte de este material, ya que son personas más vulnerables al padecer enfermedades mentales, y sus actividades pueden ser objeto de burla por personas incultas y faltas de sensibilidad, así como puede ser contraproducente el conocimiento en general en manos de los ignorantes, y es por eso que existe una lista de normas relacionadas con la privacidad y dignificación de las personas.

Aprendizajes sociales

En cuanto a cuestiones sociales con este segmento de personas, reitero es importante ser sensibles y educados con el trato que damos a otros, saber que tienen necesidades distintas a las nuestras es primordial, ya que eso implica ser más pacientes que lo que uno sería generalmente con cualquier persona, así como también es de suma importancia dar un buen ejemplo del rol que cumplen ante ellos de una manera positiva sin necesidad de ser dominante. Los trastornados mentales en la mayoría de los casos se ve afectados por el rol que los pacientes creen que deben desempeñar o que les ceden los trabajadores como en el caso de la UAPI, que a los pacientes se les llama “niños” en lugar de

hombres o mujeres, bajandolos así a un nivel inferior que el que socialmente supondría. Esto comparado con el Centro del Bosque donde los pacientes son tratados con igualdad entre “cuidadores”, que son las personas encargadas del cuidado de los pacientes que son llamados “huéspedes”, aunado al hecho de estar en contacto constante con personas que cuentan con tipos distintos de problemas mentales, dando como resultado el aprendizaje de conductas externas a lo pautado socialmente que da como resultado una enorme diferencia entre los dos centros por el trato que se les da a los internos.

El factor monetario es tristemente un factor clave para mejorar el desarrollo de los pacientes porque no sólo significa mejores instalaciones o mejores medicamentos, implica estar en contacto con personas capacitadas para mejorar el nivel de vida de los pacientes mediante la educación y acercamiento a la cultura por medio de actividades en las que se enseña a ayudar a sus compañeros. Sentirse útiles es una clave para la mejora del desarrollo humano y es lo que se busca en todo caso, que los pacientes tenga un mejor nivel de vida en cualquier situación en que se encuentren, ser autónomos dentro de lo posible con ayuda del “yo auxiliar” que la psicóloga Marta Torres de Centro del Bosque explica cómo el rol modelo a seguir pero que también aprende.

El propósito de este proyecto es acercar esta mirada que dimos nosotros al resto de la población, aunque, encontramos que debemos ser sumamente cuidadosos con el material que mostramos porque podemos ser involuntariamente hirientes con los pacientes con los que trabajamos. Las cuestiones de privacidad, transparencia y respeto son clave en este tipo de documentales o muestra audiovisual ya que el receptor del material podría mal interpretar lo que se está mostrando aunque el realizador no es culpable de la percepción o lectura que un espectador pueda darle, aunque sí puede dar un mejor rumbo mediante el montaje para que esto no suceda. Otro obstáculo que tuvimos fue el de la posibilidad de dar conocimiento a personas que en lugar de tomar conciencia del lugar y de este segmento de personas vulnerables sea razón para que más población abandone a personas que no quieren cuidar o que representan un estorbo en su casa, por lo

que creo que a pesar de las buenas intenciones este material debe mostrarse solamente a segmentos específicos con educación y sensibilización más elevada al promedio, que irónicamente es lo contrario a lo que buscamos, limitar los conocimientos a un grupo más selecto.

Aprendizajes éticos

Ahora bien, en sentido moral y ético con respecto a personas con trastorno mental y sus seres cercanos va de la mano con la cultura con que se cuenta y el entorno en que se encuentran. Tristemente las personas con escasos recursos son más propensas a padecer enfermedades mentales por su nivel de vulnerabilidad ante situaciones de carencia, nótese, esto no quiere decir que personas de nivel socioeconómico más alto no pueden padecerlas, pero enfrentan situaciones que les ofrecen como salida pronta el consumo de drogas o estupefacientes o la falta de una madre o un padre, ya que en su mayoría presentan un estado de abandono dándoles un estado de vulnerabilidad enorme y una falta afectiva que los lleva a hacer prácticas socialmente visas como incorrectas. Este tipo de comportamiento trae como consecuencias la indigencia, alejamiento de la posibilidad de una educación formal que llevará muy posiblemente a una falta de trabajo que a su vez puede ser causa de depresión, adicciones, en fin, “conductas reprobables” como la agresión a otros.

La dignificación de las personas es primordial para un buen desarrollo como ser humano sin importar las limitaciones que se tengan, y creo que el valerse por sí solos. Es una de las principales características que tiene que tenerse para sentirse útiles, como ya mencioné anteriormente, y creo que se debe tener en cuenta y bajo conciencia las repercusiones que posiblemente podría tener un trastornado mental si se le trata de aminorar como persona. Creo que cualquiera que se encuentre en una situación en que se sienta intimidado mermará su desarrollo y presentará reacciones negativas ante este tipo de comportamiento, por lo que creo firmemente en que la equidad debe ser uno de los valores que

debe enseñarse a los niños desde la educación básica, ya que esto evitaría enormemente los problemas que se presentan en las sociedades actuales.

Aprendizajes personales

En primera instancia concluyo que uno de los principales factores de trastornos mentales en Guadalajara dentro de UAPI y de Centro del Bosque fueron la carencia afectiva o la falta de un rol modelo presente positivo seguido por abuso de sustancias, que en mi opinión, y tras haber escuchado las historias de las personas con quienes estuve en contacto, siendo de todas maneras de alguna manera la carencia afectiva causa indirecta de ésta, las psicólogas del lugar confirmaron esta teoría y mencionaron cifras de la creciente cantidad de jóvenes que consumen drogas y la inminente cantidad creciente que esta causa reflejará en los próximos años.

Los pacientes de ambos centros fueron igualmente víctimas de algún tipo de abuso físico aunque en diferente grado, por lo que deduzco que la falta de cultura con respecto a los trastornados mentales o retrasados mentales es un asunto no enseñado en las escuelas o en el seno familiar así como la sensibilización ante las personas con capacidades diferentes lo que los aparta como un grupo de marginados o incomprendidos llevándolos en el peor escenario a situación de calle, como los 275 pacientes de UAPI, o a un centro fuera de casa como los 14 pacientes de Centro del Bosque, que a pesar de pagar una fuerte cantidad de dinero por ser cuidados se ven afectados por carencias afectivas, las cuales son causa de comportamientos negativos.

Todas las personas tienen algo importante que decir, todas las personas tienen deseo de ser escuchadas, todas las personas son dignas de respeto y todas las personas tiene la obligación de respetar a las personas en general sin importar qué tan incómodas o cómodas se sientan ante situaciones fuera de su zona de confort.

La realidad es que nos falta mucho para cumplir la meta de la igualdad, pero creo que es de suma importancia ser activos ante los conocimientos con que

se cuentan y ser sensibles ante las problemáticas que se viven en el entorno próximo, de nada sirve saber y estar conscientes si no se hace algo al respecto.

5. Conclusiones

La indigencia en Guadalajara está creciendo de manera desmedida, este problema que es de importancia para la opinión pública es normalmente invisibilizado. Las consecuencias de una persona con carencia de los mínimos recursos para la supervivencia son varios, entre ellos está el riesgo de adquirir alguna enfermedad mental. El trastorno en el indigente surge por diferentes razones; como por el uso de sustancias, enfermedades mentales no atendidas a tiempo o bien por el mismo abandono que sufren. Los estudios indican que las personas con mayores carencias suelen ser las más vulnerables, por lo que la posibilidad de sufrir una enfermedad mental es mucho mayor para ellos. Desde la época clásica hasta la actualidad se ha relacionado al indigente con el enfermo mental.

La importancia del proyecto es crear conciencia sobre la situación en la que viven los usuarios de UAPI. Está claro que no se piensa como se hacía en la antigüedad. Del siglo XVI al XXI se ha desarrollado el conocimiento humano junto con el de las tecnologías, una gran variedad de nuevos descubrimientos. Teniendo en cuenta que no somos los mismos que fuimos hace varios siglos, ahora los albergues como UAPI respiran un aire de internamiento del que se vivía en el siglo XVI. El hacinamiento de tantos usuarios convierte a este lugar en un entorno donde los más sanos conviven con los más dañados. Por lo que es necesario dar a conocer la situación de injusticia que podrían estar viviendo estas personas.

El documental cuenta con el apoyo del área de transparencia de IJAS para asegurarnos que el resultado sea algo que beneficiara a los pacientes de UAPI y que respetara los derechos humanos de aquellos que están “sin identidad”. Convivir con estas personas a las que normalmente ignoramos nos dio la oportunidad, no sólo de expandir nuestra perspectiva, también ofreció la posibilidad de pensar en todas las posibles situaciones posibles para un humano

en este mundo de tantas variables. El conocer las historias de los habitantes de UAPI volvió este proyecto una experiencia interpersonal. Al sentirnos identificados con algunos nos provocaron emociones de felicidad, tristeza, lástima, desolación, alegría, entre muchas otras más. Finalmente esto es lo importante de la experiencia, que es el encontrar el lado más humano en personas que antes nos eran indiferentes. Encontrar la belleza en las diferentes formas de pensamiento y buscar que estos nuevos puntos de vista enriquezcan nuestra conciencia.

A pesar de que en la investigación se muestran los avances de la medicina psiquiátrica, creemos que aún falta que la sociedad pueda entender a estas personas. El humano todo el tiempo crea un prejuicio del otro sin antes conocerlo, probablemente como un instinto de supervivencia y adaptación pero sin duda es algo que tiene que cambiar. El documental realizado busca justamente eso, generar empatía con estos pacientes y con las problemáticas que viven día a día. Todos tienen sus propias preocupaciones pero es necesario, como comunicólogos, dar la posibilidad a los espectadores de ser solidarios con situaciones ajenas a él. De esa manera poder lograr que la gente empiece a apoyar a estos grupos marginados y excluidos, dejar de verlos con una mirada que juzga y empezar a verlos con una mirada de entendimiento, para borrar la indiferencia.

6. Bibliografía

- Becerra-Partida, Omar Fernando (2014), "La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética". *Persona y Bioética*, julio-diciembre, 238-253.
- Bentall, Richard P. (2009) *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*. Barcelona: Herder.
- Cochrane, Raymond (1983), *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Cocula-León, Horacio (2014), "Hospital psiquiátrico San Juan de Dios. 100 años después", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, pp. 346–351.
- Coneval (2014), Pobreza Estatal en Jalisco, 31 de mayo de 2017. CONEVAL, sitio web: <http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Jalisco/Paginas/pobreza-2014.aspx>
- Dohrenwend, B. P. y Dohrenwend, B. S. (1969) *Social status and psychological disorder: a causal inquiry*. Nueva York: John Wiley. En Cochrane, Raymond (1983), *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Faris, R.E. y Dunham, H. W. (1939) *Mental Disorder in urban áreas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, Michel (1964), *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hayward, P., Bright, J. (1997). "Stigma and mental illness: a review and critique". *Journal of Mental Health*, 6, 4: 345-354.
- Hess, R. D. (1970) "The transmission of cognitive strategies in poor families: the socialization of apathy and underachievement", cap.4 pp. 73-92 en Allen V. L. (dir.), *Psychological factors in poverty*, Markham Press, Chicago.
- Kohn, M.L (1968) *Social class and schizophrenia: a reformulation*. *Social Forces*, 50, pp. 295-304. En Cochrane, Raymond (1983), *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.

La Prensa (2016), “Fue demolida La Castañeda junto con sus horrores”, revisado el 20 de junio de 2017 en: <https://www.la-prensa.com.mx/archivos/10892-fue-demolida-la-castaneda-junto-horrores>

Lickey, Marvin E. y Gordon, Barbara (1986) *Medicamentos para las enfermedades mentales: Una revolución en psiquiatría*. Nueva York: Labor.

Matos Moctezuma, María Fernanda (2013) *Locura y Muerte: el horror y lo sublime en la pintura de Martha Pacheco*. III. Visiones de la locura. Zapopan: El Colegio de Jalisco, p. 67-88.

Medina–Mora M., Borges, G., Lara, M. (2003), “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental*, pp. 26(4): 1-16.

Ochoa, Susana; Martínez, Francisco; Ribas, María; García-Franco, Mar; López, Elisabeth; Villellas, Raul; Arenas, Otilia; Álvarez, Irene; Cunyat, Christian; Vilamala, Sonia; Autonell, Jaume; Lobo, Esther; Haro, Josep María, (2011).

“Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, sin mes, 477-489. Revisado en junio de 2017 de:

<http://www.redalyc.org/pdf/2650/265020921006.pdf>

R. Carrillo, (2000) “¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)”. En María Alejandra Jaime Arias, Clínica psiquiátrica “La Castañeda, México: Universidad Autónoma del Estado de México

Ríos Molina, Andrés (2010), “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Redalyc*, vol. LIX, no. 4, pp. 1295–1337.

Sacristán, María Cristina (2003), “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, 26: 3, pp. 57–65. En el texto: Ríos Molina, Andrés (2010), “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Redalyc*, vol. LIX, no. 4, pp. 1295–1337.

Verdugo, Miguel Ángel y Martín Mónica (2002) “Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes”. *Salud Mental*. 25(4):68-77.

Registro 921. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Visitado en Julio 2017 . Disponible en:

http://www.inprfcd.org.mx/revista_sm/citabiblio.php?id_cita=921

Vía México (2017), “La negra historia de la Castañeda”, revisado el 28 de junio de 2017 en: <http://viamexico.mx/la-negra-historia-la-castaneda/>

W Radio, (2017) “Se desborda la Indigencia en Guadalajara” revisado el 27 de junio de 2017 en:

http://wradio.com.mx/emisora/2017/06/01/guadalajara/1496270642_465817.html

Warner, R. (1985), *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. Nueva York, Routledge & Kegan Paul. En Bentall, Richard P. (2009) *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.

Yenzi V. (2016), “Son tres organizaciones que atenderán a los indigentes”, revisado el 28 de junio de 2017 en:

http://www.ntrguadalajara.com/post.php?id_nota=52674

Anexos

Anexo 1 (carpeta de producción):

Vivir con otros en un mismo lugar

Concurso: Premio Juan I. Menchaca, “una mirada a través de tus sentidos”

Link:

El documental “Vivir con otros en el mismo lugar” busca mostrar la importancia de la convivencia social, sin importar el ambiente en el que las personas se desenvuelven. mostrar la forma en la que se desarrollan socialmente los usuarios del albergue llamado Unidad de Asistencia para Indigentes (UAPI). Las personas que viven ahí son principalmente recogidos de la calle, pero que la mayoría sufren algún tipo de retraso, trastorno o desviación mental.

Este documental surge por una visita a UAPI por parte de el profesor del ITESO, Jorge Young. El propósito de la visita era justamente enseñarnos a ver con otros ojos a las personas del albergue. Al final de la visita nos llevamos un gran aprendizaje, que fue reconocer que estas personas, aunque se crea que son invisibles para mucha parte de la población son ni más, ni menos, humanas que tu y yo.

En nuestra primera visita al albergue UAPI, descubrimos que las necesidades humanas más elementales de los usuarios se satisfacen con arduo trabajo por parte de los empleados. Quienes se desviven para ofrecerles una buena calidad de vida. Es un reto difícil de lograr dada la sobrepoblación que avasalla a esta unidad de asistencia y los pocos recursos monetarios que se le asignan. Y a pesar de toda adversidad se puede sentir mucha solidaridad en el ambiente. Existen

varios grupos que apoyan a UAPI, como voluntarios que asisten con regularidad, donadores de comida y víveres, y finalmente los empleados del lugar. Todos ellos se aseguran de mantener el bienestar de quienes habitan en el albergue. Sin embargo vemos la necesidad de apoyo en todo momento, ya que los usuarios son personas que en su mayoría no pueden abandonar el albergue dadas sus circunstancias.

La situación personal de esta experiencia ya fue escrita, por lo que en las siguientes páginas se va a desarrollar el trabajo creativo sobre el documental.

Premisa:

La importancia social de la convivencia

Sinopsis:

Una serie de historias que muestran la vida cotidiana de los habitantes de UAPI. Unos nos cuentan sobre las relaciones tan cercanas que han adquirido en el albergue, mientras que otros nos hablan de su pasado. Algunos con incapacidad de ser comprendidos se esfuerzan en comunicarse a cada momento.

Escaleta:

1. Un hombre agachado moviendo ladrillos y palos en el patio del albergue.
2. El interior de UAPI se ve por primera vez, aparece un hombre sentado que es sordomudo.
3. Un viejo nos cuenta historias de su pasado.
4. Un hombre que se inventa historias de su pasado inauditas.
5. Una enfermera nos cuenta sobre su experiencia, luego nos presenta a una mujer que dice ser espía.
6. Entrevista con la psicóloga del albergue.
7. Una celebración que se hace cada sábado

Personajes:

Jesús, Mauro, Gritón (ave), Cura, Espía, Diabla

Ficha Técnica:

Título: Vivir con otros en el mismo lugar

Año: 2017

Género: Documental

Duración: 14 minutos

Idioma: Español

País: México

Dirección: José Luis Jasso

Producción: Paulina Páramo

Reparto: Usuarios de UAPI

Propuesta visual





La paleta de colores fue elegida por las siguientes razones:

Colores fríos que resaltan la distancia personal entre los usuarios del albergue en cuestiones de relación sanguínea o afectiva pero resaltando tonos tintos en señal de una conexión intrínseca que lleva a los usuarios de UAPI a una convivencia pedagogizante.

Diseño Sonoro

Musicalización mediante una sinfonía de ambientales e incidentales de UAPI y las voces de los usuarios yuxtapuestos con instrumentos de cuerdas con un estilo clásico.

ejemplos:

<https://vimeo.com/172483005>

Locaciones

Unidad Asistencial para Personas Indigentes, Dependencia IJAS (UAPI) Calle Emilio Rabaza 1675, El Mirador, 44730 Guadalajara, Jal.

Equipo de producción:

Director: José Luis Ruiz Jasso

Audio: Raúl Jiménez

Producción: José Luis Ruiz Jasso

Cámara 1: José Luis Ruiz Jasso

Cámara 2: Ana Paulina Páramo Rojas

Diseño sonoro: José Luis Ruiz Jasso, Ana Paulina Páramo Rojas

Anexos

Entrevista 1 Psicóloga Susana UAPI		
ENTREVISTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
P- Simplemente hasta el proceso de medicación tan prolongado por qué son pacientes que van a tener una medicación de por vida pues el riñón se desgasta, el hígado se desgasta, como con cualquier otro medicamento	necesidades médicas especiales para los internos	- secuelas por medicamentos
J-¿Con los medicamentos se reduce su longevidad por así decirlo?		
P- No es eso lo que pasa es que más bien cualquier tipo de medicamento que tu tomas de manera permanente a lo largo de tu vida, el que sea, te va a provocar algún tipo de secuela y las secuelas pueden ser aunque no en todos los casos, este, problemas con el hígado o problemas en vías urinarias	consecuencias por medicamentos en los internos	-deterioro de órganos por medicamento
-¿Cómo qué tipo de actividades físicas les ponen a hacer?		
P- Dese coordinación fina , físico -motriz , este, el que puedan tocar su nariz, tocar su oreja al mismo tiempo , ¿no?, intercalar, eso es muy difícil para ellos, el poder pasar un punto y otro en el pie, poner un pie en cada aro, brincar	necesidad de actividades rutinarias	-actividades de coordinación fina -actividades fisicomotrices
J-Sí, el otro día yo estuve haciendo eso con ellos como cosas de equilibrio, de mover los brazos y me di cuenta que es muy complejo		
P- les es muy complicado	necesidad de actividades rutinarias	- grado de dificultad que enfrentan los internos
J- se les hace muy difícil		
P- lo que pasa es que tienen daño orgánico y al afectar el cerebro hay problemas en el equilibrio ahí es donde tu puedes ver quien tiene daño orgánico, de hecho hay valoraciones por ejemplo de lo pares craneales y cosas así, donde se juega el equilibrio , se juega el olores ciertas cosas, identificar objetos y ahí es donde nos damos cuenta quién ya tiene un daño orgánico, que la mayoría lo tiene, los ejercicios de actividad física finan y gruesa	características de los internos	- pueden tener daño orgánico
J- ¿y los daños son irreversibles?		
P- sí son irreversibles por que las neuronas no se reproducen, si se da un fenómeno que se llama neuro plasticidad que es como cuando una neurona deja de funcionar, la otra que si funciona extiende sus bracitos a para conectarse con otra que si funciona, pero hay que considerar el factor de la edad, de la cronología degenerativa de la edad, y ese factor es muy importante por que a mayor edad una persona tiene menores posibilidades de tener una neuro plasticidad que se multiplica	-tercera edad con padecimientos neuronales	-consecuencias de la neuro plasticidad -cronología degenerativa
-¿Oye, tu podrías decir que la mayoría de los que están acá tienen trastornos o conoces varias personas que parece que solo están acá por las circunstancias ?		
P- no. Yo hablaría de que el 95% de los que están acá tiene algún tipo de trastorno mental, de distintas índoles; discapacidad intelectual, de desarrollo, esquizofrenia o espectro de la psicosis y trastornos neuro cognoscitivos, es principalmente lo que tenemos, pero yo creo que de los doscientos y cacho que tenemos de población solo el 5% no tiene un	-población UAPI	-personas con trastorno mental -personas de la tercera edad

J- ¿y los daños son irreversibles?		
P- si son irreversibles por que las neuronas no se reproducen, si se da un fenómeno que se llama neuro plasticidad que es como cuando una neurona deja de funcionar, la otra que si funciona extiende sus brazos a para conectarse con otra que si funciona, pero hay que considerar el factor de la edad, de la cronología degenerativa de la edad, y ese factor es muy importante por que a mayor edad una persona tiene menores posibilidades de tener una neuro plasticidad que se multiplica	-tercera edad con padecimientos neuronales	-consecuencias de la neuro plasticidad -cronología degenerativa
-¿Oye, tu podrías decir que la mayoría de los que están acá tienen trastornos o conoces varias personas que parece que solo están acá por las circunstancias ?		
P- no. Yo hablaría de que el 95% de los que están acá tiene algún tipo de trastorno mental, de distintas índoles, discapacidad intelectual, de desarrollo, esquizofrenia o espectro de la psicosis y trastornos neuro cognoscitivos, es principalmente lo que tenemos, pero yo creo que de los doscientos y cacho que tenemos de población solo el 5% no tiene un trastorno mental, es una condición de vida el por qué está aquí	-población UAPI	-personas con trastorno mental -personas de la tercera edad
J- ¿Por la infancia?		
P-La pobreza		
J- también me contaron que se han encontrado con personas que igual ya son grandes, y creo que con la edad es normal que se genere esta, no sé si demencia o, o sea, como que el discurso que dan lo podría dar de que mi abuelito, una persona, o sea, ¿que onda con los viejos?		
P- no, no es que cuando alguien envejece tenga que desarrollar un trastorno mental , es no es una regla , eso si hay que decirlo, de hecho ya no existe el concepto de demencia senil, eso ya no se usa	-vejes no es sinónimo de trastornado	- desgaste neuronal (no existe la demencia)
J- ¿ahora qué?		
P-ahora simplemente es que cuando envejeces no se espera que tenga un trastorno, si hay un detrimento de sus funciones por que su cerebro envejece, pero no se hace una persona con demencia. Lo que tenemos aquí, con la población que tenemos aquí es que ocurren dos cosas; primera, que algunos de ellos tuvieron algún abuso de sustancias, entonces ese abuso de sustancias hacen que a largo plazo se genere un deterioro y por otra parte también tenemos que la convivencia con pacientes psiquiátricos a veces puede provocar el desarrollo de otros síntomas que pueden ser de características psiquiátricas, es decir, convivir con tantos pacientes con características psicóticas me hace que yo al mismo tiempo comience a desarrollar ciertos comportamientos muy similares	-vejes no es sinónimo de trastornado -causas del trastorno	-abuso de sustancias -convivencia con pacientes con otros trastornos -deterioro neuronal
J- ¿Y crees que es te ha pasado a tí?		
P- no, por qué nosotros salimos y entramos, y trabajamos en otro lugar, entonces al convivir en otros espacio nos ayuda a tener estructura , pero ellos están vulnerables por que pasan las 24 horas aquí y solo la pasan en ciertas áreas y aparte de todo está el problema de deterioro que ellos tienen, deterioro de la edad, propio y eso los hace vulnerables, entonces lo ideal sería, que creo que se tiene, que nuestro director va por ahí moviendo, este , la sectorización de los pacientes que deberían estar separados por que sin osea provoca este fenómeno de la contaminación de síntomas	-vulnerabilidad de los internos	- limitación espacial - convivencia constante entre pacientes con distintos trastornos
J- ¿es lo que están construyendo acá en la parte?		
P- en el área de enfermería parece que están ampliando el área para que se pueda tener un servicio más integro, integral , este más personalizado por que el área no está distribuida de manera adecuada como para poder atender a los pacientes y posteriormente a ello tengo entendido que vendrá la separación de áreas	-mejoras en el espacio	- dignificación y calidad de vida para el paciente - mejoras logísticas para el cuidador
J- Oye, ¿y que onda con lo monetario con el dinero? ¿está apretado o cómo funciona aquí?		
P- mira, como en cualquier instancia o institución eh, pública, todos estamos sintiendo pues el ajetreo y definitivamente, este , creo que estamos teniendo esta secuela que están viviendo todas las instituciones, yo creo que nunca va a haber dinero suficiente que alcance para poder atender de forma al 100% a toda la población y poderlos asistir con toda el personal que corresponde, creo que es una situación que no solo está en UAS, creo que es una situación que está en todos lados, creo que es una situación globalizada y bueno en un lugar como este y bueno en un lugar como este se visibiliza más, ¿no?, esta carencia	-necesidades económicas -ajuste al capital que se tiene	- cultura
J- si, esta congregación de esta situación que provoca		
P- si. La aglomeración de personas		
J- si. La aglomeración de personas		
P-permite ver este tipo de problemáticas pero si tu vas a cualquier otra institución te as a dar cuenta que también tienen carencias en todos los sentidos, sobre todo considerando que por ejemplo los medicamentos que toman muchos de los pacientes pues es obviamente medicamento psiquiátrico y es un medicamento muy caro, entonces el medicamento de especialidad, siempre va a ser muy caro y eso dispara también los gastos	- carencias en las instituciones que tratan a personas con trastorno mental	- costo de los medicamentos -costo del personal - necesidad de personal capacitado
J- oye ¿y que onda con esta onda de, de? ¿cómo se podría decir?, como emocional, afectiva con los pacientes, como ¿Cuál ha sido tu conexión con ellos?, como me imagino que si, usuarios que tienes algo cercano, o		

<p>P- mira, yo creo que no hay un solo paciente con el que uno no tenga la iniciativa de poder acercarse y poder apoyarlo en algo, he, verlos en esta condición tan vulnerable te hace cuestionarte a ti mismo como profesionalista y como persona, he, respecto a tus alcances y limitaciones y te das cuenta que muchas de las cosas que se hacen, he, se podrían hacer mejor cada día, yo me he dado cuenta que ellos me brindan una oportunidad de poder ser mejor persona, he, definitivamente todo el aprendizaje también profesional yo se los debo a ellos, yo creo que ellos día con día nos brindan oportunidades para cuestionarnos nuestra propia vida para entender lo que pasa afuera, para saber que afuera nosotros tenemos opciones que posiblemente ellos no tengan y claro que se forja un lazo, un lazo muy estrecho con ellos sin llegara este afecto que pueda entorpeces nuestro también, ¿no?, pero si, por que también se tiene que guardar un nivel de profesionalismo, he, definitivamente su condición de vulnerabilidad, verlos en esa situación de vulnerabilidad, definitivamente nos compromete y nos obliga a estar ahí, a asistirlo, yo digo que no son mis pacientes, yo digo que son mis hijos y en el departamento nos manejamos así</p>	<ul style="list-style-type: none"> - lazo afectivo paciente-cuidador - distanciamiento necesario para poderlos tratar - limitaciones sociales de los pacientes - vulnerabilidad de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - propensión a que los lazos afectivos entorpezcan la labor de cuidador
<p>J- les dicen hijos</p>		
<p>P- a ver hijos, ¿ya viste a tus hijos como andan?, ahí está tu chamaco, y es que realmente te conviertes de repente en la mamá de todos ellos, ya los peinaste, ya les pusiste talquito para que huelan bien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - acercamiento a los pacientes mediante "adopción" afectiva 	
<p>J- y, ¿y puedo sentarme acá?</p>		
<p>P-claro</p>		
<p>J- ¿y si hubieras tenido la oportunidad de hacer otra cosa antes de entrara acá, hubieras escogido estar en este lugar?</p>		
<p>P-ah</p>		
<p>J- ¿o sea pensando en otra oportunidad?</p>		
<p>a</p>		
<p>J- ¿aquí?</p>		
<p>P- aquí</p>		
<p>J- y, ¿tu entraste acá por que buscaste?</p>		
<p>P- si, es que conocí el lugar, me fascinó y entonces yo dije, voy a trabajara ahí un día y entonces, primero de forma voluntaria empecé a trabajar, a hacer notar mi perfil, mis labores, después de dio la oportunidad de una cubre incidencia muy breve, pasaron fácilmente diez años y de nueva cuenta me buscaron por que estaba el lugar vacante y pues como ya me habían conocido de aquella cubre incidencia pues les llamó la atención mi perfil, se dieron cuenta pues que yo desde entonces pues ya trabajaba con ciertas disciplina y que también simple y sencillamente a mí no me causa ningún problema trabajar con ellos y que al contrario yo creo que no cualquier persona puede estar aquí por que no a toda persona le gusta estar cerca de la pobreza y del abandono y este lugar huele a pobreza y a abandono, y aunque nos tengan a nosotros el lazo familiar que no tiene es algo que nada pueda sustituir, n</p>	<ul style="list-style-type: none"> - clasificación que denigra a los pacientes - clasismo - falta de cultura social - carencias afectivas llevan a situación de calle 	<ul style="list-style-type: none"> - la pobreza y el dolor causa de menosprecio social - invisibilización social de segmentos más vulnerables
<p>J- y probablemente esta es una labor que ciertamente muchas personas no quieren cumplir como por incomodidad por que las personas están acostumbradas a una vida pues cómoda y segura y esto ofrece la posibilidad de pues estar en un lugar como que te saca como de lo que es completamente la realidad, y pues es lo que me gusta de estar acá, ¿tú hasta cuando vas a estar acá? ¿Planeas seguir en este lugar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - incomodidad social cerca de segmentos vulnerables 	
<p>P- ahora sí que hasta que se pueda, claro no es un postura cómoda de decir ya estoy aquí y aquí me quiero quedar, la idea es quedarme aquí, a eso me gustaria por qué obvio que no depende de mí, quedarme aquí, pero con la oportunidad de poder hacer crecer la UAPI, de poder apoyar al líder que tenga, en estos momentos al jefe, eh, poder apoyar a estas personas y realizar distintos proyectos que les puedan garantizar una mejor calidad de vida, no te puedes quedar estático solamente en un escritorio creyendo que, dejando pasar los años, haces antigüedad y te quedas en tu puesto muy cómodamente, es este lugar, implica un compromiso emocional un compromiso personal pero sobre todo un compromiso profesional y si me voy a quedar pues en algún momento es para seguir fortaleciendo lo que ya se tiene de UAPI como institución y para seguir apostándole a darles una mejor calidad de vida y un respaldo, una mano que esté ahí con ellos, por lo menos para apapacharlos, por eso estoy ahí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - compromiso personal por parte de los trabajadores de UAPI - ¿responsabilidad u obligación de los trabajadores con responsabilidades extras con los pacientes? 	<ul style="list-style-type: none"> - compromiso emocional - compromiso laboral - compromiso profesional
<p>J- ¿y que opinan como tus seres queridos, tus seres cercanos, familiares, amigos al respecto?</p>		
<p>P-bueno, este, eh, creo que, ellos tiene una visión como la mayoría de las personas, eh, ven a un indigente en la calle nos quieren cooperar pero mandándonos un indigente, entonces, esta, creo que ha sido una labor donde yo he tenido que sensibilizarlos, eh respecto a hacerlos entender que algunas personas no eligieron forzosamente esa vida por que no es en todos los casos y también a, este, sensibilizarlos respecto a que como sociedad civil tenemos que hacer algo. De repente ellos también me hacen algún tipo de donativo de cosas como eh, no sé alguna pinturita o algo para poder trabajar acá, ¿no?, es una labor para con la familia que tienes que hacer, y más cuando la familia nadie está formado en las ciencias sociales o en la salud, todos son de ingenierías, entonces lo mío es otro boleto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - falta de cultura social - falta de sensibilización social para con los grupos vulnerables - personas que quieren ayudar pero lo hacen sin conciencia 	<ul style="list-style-type: none"> - ayudar enviando más población a UAPI (no es ayudar) - condiciones de vida ajenas al paciente que lo hicieron llegar a situación calle - falta de educación - falta de cultura - falta de conciencia
<p>J- a mí, es lo que se me hace interesante es como, ok, el estar aquí es una labor y es el estar ayudando pero también es el pensar como un poco, a mí es como se me hace como complejo, de, estoy ayudando ahorita pero que va a pasar en un futuro por que igual las personas que están acá pues probablemente no hay mucho que hacer, ¿no?, es como se le da la mejor calidad de vida y lo mejor que se les puede dar pero, justo eso, la obra que se hace como para trascender en tu labor en sentido de vida, es lo que lo hace más interesante, tu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - falta de cultura social - falta de sensibilización social para con los grupos vulnerables - personas que quieren ayudar pero no saben como 	<ul style="list-style-type: none"> - iniciativa por parte de la sociedad

P- no es que yo no crea que no hay mucho que hacer por ellos, yo creo que ay mucho que hacer por ellos, por que el solo echo de que un paciente que antes comia con las manos ahora coma con una cuchara es genial , es fabuloso , eso mejora su calidad de vida, un paciente que antes no se lavaba las manos durante las tres comidas por si mismo y que ahora ya lo haga y que incluso venga a pedir el jabón es genial, estás mejorando su calidad de vida, el que puedas decirle al paciente, te pusiste la camisa al revés y lo puedas apoyar con eso, es genial por que también ellos tienen que cuidar su apariencia, porque también eso les da calidad de vida, el que puedan estirar un poquito los brazos, el que puedan ver una película es muchísimo trabajo y es genial porque todo eso mejora su vida y eso está bien , eso es lo que tenemos que hacer, ¿no?	- necesidad inminente de ayuda para los trastornados en situación de calle y para los trastornados en general - necesidad de calidad de vida - entorno, factor primordial en el desarrollo del trastornado	- un poco de ayuda es un cambio significativo
J-pues que buena respuesta, ahí está el como, el verdadero sentido de lo que		
P- ese es el sentido	- mejorar la calidad de vida de los pacientes	- un poco de ayuda es un cambio significativo
J- me da mucho gusto		
P- que si traen moquitos, ayudarlos a que se limpien	- mejorar la calidad de vida de los pacientes	- un poco de ayuda es un cambio significativo
J- y crees que eso sea algo que por decirlo así, una sociedad como utópica en algo ideal, eso sería lo que tendrían que hacer los familiares? ¿o cuál podría ser otra situación posible?		
P- mira, este lugar es un lugar triste, es un lugar triste porque si tu te vas a cualquier otro país te vasa dar cuenta que no hay indigentes ¿por qué?, por que el gobierno se hace cargo de los hospitales psiquiátricos y de todos aquellos que pudieran ser adictos y terminan en calle pues los recogen, o por otra parte las familias se siguen haciendo cargo de ellos de forma indirecta, directa o indirecta, entonces en nuestro país, eh , este lugar no debería de existir, pero si existe es porque algo está pasando en el tejido social, es porque estamos teniendo muchos problemas en el seno de la familia en las relaciones interpersonales de la familia, estamos teniendo muchos problemas con adicciones, se nos daba una cifra el otro día, nos decían que el porcentaje de chicas adictas según el CECAJ en Jalisco había aumentado en un 200%, en un 200% de mujeres adolescentes, si, entonces, estamos teniendo personas que inician cada vez a edad más temprana con adicciones y con adicciones a drogas duras, ni siquiera a marihuana, sino cristal, cocaína, drogas duras sintéticas que en poco tiempo vamos a ver repercusiones a nivel neurológico, a nivel comportamental a nivel psicológico de este tipo de problemáticas y ¿qué va a pasar con todo esto? Pues obviamente el comportamiento de una persona con adicción genera ruptura familiar o la adicción se generó por la situación familiar y entonces vamos a ver un esquema de familia roto, ¿y qué es lo que vamos a ver? Pues que los vamos a ver en las calles	- necesidad de mejorar la educación en torno a sensibilización y equidad - necesidad inminente de regulaciones más adecuadas para segmentos marginados - educación familiar - educación direccionada a las drogas - educación emocional	- crecimiento en población joven con problemas de drogas - crecimiento en incidentes de violencia intrafamiliar - distanciamiento familiar, factor de propensión a decisiones detonadoras negativas
J- si, probablemente también además de lo familiar es el entorno, ¿no?, como el acceso a las drogas, la escuela, como muchos		
P- los valores, que han cambiado, falta de estructura, falta de un adulto que esté ahí para orientar lejos de reprimir que puede estar ahí para apoyar, para orientar, para cuidar, para formar a estos adolescentes ¿si?	- falta de un buen modelo a seguir en barrios marginados - falta de apoyo emocional para los más vulnerables	
J- pues que linda, me da gusto que hayamos dialogado		
P- pues estamos a la orden y este lugar necesita jóvenes como ustedes, sensibles que puedan visibilizar una problemática como esta, que está volviéndose un verdadero monstruo, que no tenemos cifra según la salud pública de cuantos tenemos en Jalisco y con qué características, parece que a la salud pública se le ha ido un poquito por ahí, donde nos urgen políticas públicas donde puedan abrazar a este tipo de población, que no son ciudadanos de segunda, que merecen también una situación digna y para eso estamos trabajando aquí en UAPI, para darles esa vida digna que ellos merecen	- falta de sensibilización - necesidad de estadísticas e investigación, de personas con problemas mentales y de personas en situación de calle	- equidad
Entrevista 2 Psicóloga Aiba UAPI		
ENTREVISTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
PA-La chamba fuerte son mis compañeras	- rol	
J- ¿Ellos son los que sirven los platos?		
PA- bueno si, mira las afanadoras son las que hacen la chamba básicamente, yo nomás estoy de apoyo, veo quien no quiere comer, si no quieren comer a veces no es necesario forzarlas, o sea, permito que no se alimenten, este pero se levanta el reporte para el área de medicina	- rol - actividad designada	- alimentación - medicina
J- ¿tu estás más regularmente en algún lugar que en otro?		
PA- ando en lo de hombres y mujeres de manera general, nada más que ahorita estoy al pendiente de Lupita que de pronto es bastante rejega para comer y entonces si	- rol - actividad designada	- pacientes en situaciones extraordinarias
J- ¿Casi todas las comidas vienes a hacer eso?		
PA- al menos comida y cena que son las que están dentro de mi horario	- rutina	
J- ¿y eso lo haces, como, entre semana y todos los días? ¿o sea, ya tienes o como una rutina?		
PA- si si, ya tengo una rutina, llegamos, reviso un reporte, veo que bueno a quien hay que echarle la mano, alguna situación de aseo, que pasa con mis compañeras de la mañana, después me vengo a revisar este, de esos reportes que es lo que pudiéramos necesitar de material para la actividad de la tarde o la actividad del aula o en alguna de las áreas, este, asisto la ingesta de alimentación y medicamentos si es que es necesario, sobre todo el de medicamento, el de comidas estoy aquí, trabajamos en el aula o en alguna de las áreas, meto dos grupos de alrededor de unos dieciséis , veinte pacientes, este, y después bueno, asisto la cena, lavado de manos, y prepararlos para dormir y ahí se acaba básicamente todo mi día	- actividades designadas con horario establecido - necesidad de una rutina - necesidad de actividades pedagogicas para los pacientes	- higiene - alimentación - estimulación neurológica - estimulación física
J- y ahí es toda la rutina, ¿y ya de ahí te vas a tu casa?		
PA-sí, ya de ahí o a mi casa o regreso a la universidad en donde trabajo		

PA- perdón he		
J- no, no te preocupes		
PA- como en cualquier instancia o institución eh, pública, todos estamos sintiendo pues el ajeteo y definitivamente, este , creo que estamos teniendo esta secuela que están viviendo todas las instituciones, yo creo que nunca va a haber dinero suficiente que alcance para poder atender de forma al 100% a toda la población y poderlos asistir con todo el personal que corresponde, creo que es una situación que no solo está en UAS, creo que es una situación que está en todos lados, creo que es una situación globalizada y bueno en un lugar como este y bueno en un lugar como este se visibiliza más, ¿n	- pacientes que expresan sus emociones diferente que las personas sin trastorno mental - necesidad de educación y cultura	- trato conciente con personas con trastornos mentales
J- o sea, puede llegar a pasar como que se peleen varios solo porque alguien		
PA- mhm, si, este, a una le grita la otra pero la otra no le puso atención y entonces otra creyó que le estaban gritando a ella y entonces bueno	- pacientes que expresan sus emociones diferente que las personas sin trastorno mental - necesidad de educación y cultura	- trato conciente con personas con trastornos mentales
J- una cadenita		
PA- pero mira, tampoco son, mira la UAPI no tiene pacientes agresivos que es algo que la sociedad civil no entiende, cuando nos reportan a una persona en situación de calle que es adicta, que se alcoholiza que no está en las mejores condiciones, o que inclusive pudiera violentar a las personas en vía pública, esperan que nosotros lleguemos y como sea y sea como sea eh, nos los llevamos pero resulta que no sé puede por que tengo que cuidar aquí, digo, ustedes han recorrido ya en varias ocasiones UAPI y han visto que tengo muchos adultos mayores, que tenemos mucha gente con discapacidad, que tenemos un montón de situaciones que tenemos que cuida, una, dos, he, la constitución mexicana lo primero que va a amparar va a ser la libertad de tránsito, si mis pacientes no están cometiendo un delito yo n puedo traérmelos a la fuerza porque nosotros no somos cárcel, no somos policía	- reglamento de UAPI con respecto a la admisión	- adicciones fuerte que propicien agresión - comportamientos que propicien agresión - falta de capacitación para el personal
J- o sea, cualquiera de los que están acá puede salir		
PA- en cualquier momento		
J- ¿y ellos no es como que digan eso?		
PA-si, más bien el paciente que está un poquito más lucido, el paciente que está un poquito más cuerdo es el que te va a pedir salir de hecho tenemos pacientes que les decimos "de puerta giratoria" que sabemos que nos van a ir, nos van a exigir su alta, se las vamos a dar y van a regresar a calle a una condición de enfermedad y vana regresar en seis siete meses en alguna temporada de frio o de lluvias mucho más deteriorados	- consecuencias de ser un albergue y no un psiquiatrico	- los pacientes que están, están bajo su voluntad - consecuencias de ser un albergue y no un psiquiatrico
J- ¿regresan ellos por su propia voluntad?		
PA-o porque los reportan		
J- o sea ya cuando los reportan ya no hay manera de que digan, "no, pues a mi no me lleven"		
PA- si, claro, que si, aunque los reporten yo tengo que llegar a hacer labor de convencimiento, mis compañeros de trabajo social sobre todo, este para que se suban por su propio pié a la camioneta de la unidad, si no se suben por su propio pié no va a pasar	- consecuencias de ser un albergue y no un psiquiatrico	- los pacientes que están, están bajo su voluntad
J- se quedan ahí		
PA- si		
J-o sea, la mayora de los que están, todos, pues vinieron por que		
PA- si, todos, por una denuncia ciudadana por que los encontró la policia deambulando como con un retraso mental severo, por edades muy avanzadas y bueno entonces si los podemos traer, es más fácil convencerlos que a alguien con psicosis , no nos traemos a nadie que tenga una adicción activa por el bien estar de esa persona, UAPI no tiene la infraestructura para cuidar a alguien con una adicción, pues si se fijan es gente muy muy vulnerable	- consecuencias de ser un albergue y no un psiquiatrico	- los pacientes que están, están bajo su voluntad
P- ¿qué hacen con ellos?		
PA- se pide apoyo a por ejemplo Cruz Verde, a anexos a asociaciones civiles que si trabajan con el tema de adicciones en el caso de alguien que esté bajo una crisis psicótica grave, que esté poniendo en peligro su vida o la vida de alguien más, nos ha apoyado secretaria de salud y SALME, nosotros firmamos como responsables pero se van al psiquiátrico del estado hasta que regularizan su situación mental, nos lo mandan a nosotros y nosotros buscamos la reintegración social, familiar o bien que se quede con nosotros pues, depende pues, cada caso es un mundo	- apoyo por parte de otras instituciones (apoyo con los no aptos para UAPI)	- cruz verde - SALME - anexos - reintegración social - reintegración familiar
J- ¿cada cuando, cada cuanto se muere uno acá? Porque ahorita estaba escuchando que se murió uno hace poquito		
PA- hijole, la muerte, la muerte es un tema, de UAPI, es un tema de todos los días en UAPI, ah, como trabajamos con personas, las personas tenemos un ciclo vital pero estas personas vienen muy lastimadas en su ciclo vital, llegan con enfermedades crónicas muy avanzadas, eh, canceres, tumores, ahm, diabetes, bueno la diabetes no mata a nadie sino todo lol que tiene que ver con daños hepático increíbles, hepatitis, tolo lo que tu te puedas imagina y la muerte y la muerte está todo el tiempo en UAPI, ¿no?, obviamente hay pacientes que llegan a bien morir con nosotros, y digo bien morir porque bueno, están cobijados por la unidad, por mis compañeros o hay paciente s que después de quince veinte años se despiden de la vida y obviamente pegan unos más que otros, no es lo mismo el que ya llegó inconsciente, o con el que jugué, platiqué , me peleé, cambié, ayudé a bañar, obviamente somos una familia, pero no te podría dar una estadística pero te puedo decir que todos los meses tenemos fallecimientos en UAPI, por las condiciones de edad y físicas y médicas que ya tienen los	- la muerte en UAPI - consecuencias de la muerte en UAPI	- enfermedades degenerativas - edad avanzada - enfermedades crónicas - resentimiento de la muerte - duelo - dignidad
J- oye y que hacen con los, con los que se mueren		

<p>del traslado del cuerpo y eh, se le paga al ayuntamiento la parte de la cremación del cuerpo después eh, la bolsita de cenizas de nuestros pacientes vienen para acá, y se ubica familia antes, durante o después de la pérdida de la persona, se les da aviso y se les entregan las cenizas y si no hay familia que es lo que realmente ocurre, las cenizas se queda aquí en la unidad.</p>	<p>- proceso de velación</p>	<p>- pago al ayuntamiento - búsqueda de los relativos del fallecido</p>
<p>J- lo afectivo también es algo que nos importa mucho, como las relaciones que se tienen con los pacientes, entonces me pregunto, eh, tu se que convives con la mayoría pero, hasta que punto se vuelve algo cercano, o sea por qué hay este límite entre psicóloga y amistad, como que creo que el estar tanto tiempo conviviendo con las personas acá y el estar tratando de mantener la profesión es algo como que supongo que tienes que estar todo el tiempo como trabajando ¿no?</p>		
<p>PA- este si, no les voy a decir mentiras, eh, mi condición ética me dice que son mis pacientes, mi conciencia de procesos de salud enfermedad me repite que son mis pacientes pero tengo cinco años trabajando, he, dando horas extras, emh, pasando buenas y malas en la unidad, los pacientes también son parte de mi vida, se vuelven también parte de mi familia, que tengo que ser cuidadosa, ahm, en la forma en que me manejo en esta parte de, este, no son niños, no son mascotas como para decir, ah es que me voy a llevar a tres a mi casa, no, los afectos existen, creo que de hecho tengo demasiados afectos en UAPI, tengo muchos pacientes que yo te podría decir que se me no solo su historia si no que nos hemos divertido un montón, que cuando escucho sus historias me angustio, yo siempre he creído que el día que a mi me deje de doler la UAPI, el día que no me importe un paciente, el día que no me importe ver a alguien mal, ese día yo tengo que dejar de trabajar aquí, por que lo que aquí se necesita es esta espacio, o la gente que quisiera venir a trabajar un poco acá es tener estos espacios llenos de humanismo donde el otro te conmueva, la condición vulnerable, la condición del lenguaje, el abandono, la enfermedad que tiene que tocar, ¿no?, no soy una persona tal vez muy religiosa pero te puedo decir que si tu buscas a Dios, el testimonio de Dios está aquí PA- es lo que les decía aquí te encuentras a Dios este asunto de misericordia, aquí te encuentras la parte de que pues una cosa es que sea psicóloga y muy ética y otra cosas es que no me importen no me lleve a mi casa en la cabeza, n piense en que no hay material didáctico del que tengo que conseguir, quién nos eche la mano y nos compre pintura vinílica para trabajar, este, plastilinas, ¿no?, o sea esa parte es parte de mi todos los días, todos los días, así lo tengo</p>	<p>- lazos afectivos paciente- cuidador - compromiso laboral - compromiso sentimental - compromiso ético - testimonio (religión)</p>	<p>- procesos de apego - interacción entre paciente-cuidador - ética y moral</p>
<p>J- mantener la profesionalidad en algún punto lo humano lo rompe</p>		
<p>Entrevista 3 Psicóloga Martha Centro del Bosque</p> <p>ENTREVISTA</p>	<p>CATEGORÍA</p>	<p>SUBCATEGORÍA</p>
<p>P-Nos platicas como está estructurado e ideado para el avance de los huéspedes</p>		
<p>M-ok, Centro del Bosque es una casa de medio camino, donde la intención es que el paciente se sienta como en casa, no se les dice pacientes, se les dice huéspedes, aquí todos somos iguales en el sentido de, o sea iguales porque somos personas, aquí no es como "el psicótico", "el esquizofrénico", "el bipolar", o los psicólogos y los enfermeros, aquí todos somos un equipo y todos aprendemos de todos, claro que somos "el yo auxiliar", los que nos toca ser pues la parte estructural de la dinámica, por ejemplo todo el trabajo terapéutico lo hacemos los psicólogos, en la mañana estamos dos psicólogos, en la tarde dos y en la noche hay enfermería, eso de tener enfermería apenas tenemos yo creo que un año que tomamos la decisión, este, antes nos quedábamos también nosotros</p>	<p>- equidad entre paciente y cuidador - rol guía</p>	<p>- comodidad para el paciente - igualdad - equidad - yo auxiliar - necesidades extras cubiertas</p>
<p>J-¿y por qué decidieron eso?</p>		
<p>M- nosotros tomamos la decisión por que de repente por ejemplo en la mañana, nosotros como psicólogos todo el trabajo es terapéutico, o sea, nosotros tenemos mucho cuidado en el sentido de cómo nos relacionamos, de que es lo que les compartimos, llega un momento en que llega a ser una cuestión natural, por ejemplo yo ya tengo diecinueve años aquí, el equipo, el psiquiatra que fue el que fundó tiene veinticinco, estaba el Dr. Sergio, otros veinticinco, casa de medio camino tiene veinticinco años y mi compañero Ramón tiene igual que yo, tenemos desnove años cumplimos en Abril, la otra terapeuta tiene dieciocho, Elisa tiene dieciséis</p>	<p>- conciencia al hablar y trarar a otros - actividades terapéuticas colectivas e individuales - libre albedrío - libertad de elección de actividades - equipo capacitado y auxiliares - acción reacción - educación propositiva</p>	<p>- distanciamiento "huesped" "yo auxiliar" con fines de profesionalidad - conciencia - ética - experiencia</p>
<p>J- una carrera larga</p>		
<p>M- todos entramos yo creo que como a los veinte a hacer prácticas y tuvimos la fortuna de que en ese momento hubo un cambio de equipo y como que les gustó mucho el compromiso y el interés que teníamos nosotros, porque en la realidad para formar un grupo terapéutico es muy difícil, o sea pues cada quien viene con una historia diferente, cada quien viene con una temática distinta y el hacer un grupo donde podamos llegar a decisiones más en común y saber como estas estrategias terapéuticas llevar a los trastornos mentales pues no es sencillo porque cada quien viene con una escuela</p>	<p>- equipo de trabajo unido y propositivo - cuidados y reglamentos - importancia del compañerismo</p>	<p>- tiempo de trabajo como equipo sin cambio de personal significativo - conciencia con las limitaciones de los "huéspedes" - estrategias terapéuticas</p>
<p>J- ¿y todos los que trabajan aquí reciben atención psicológica? No sé, por ejemplo los que están en cocina o ¿reciben alguna asesoría?</p>		
<p>M- mira, se supone que todos estamos obligados a tener terapia, porque el trabajo, todos tenemos una parte psicótica, ustedes, nosotros y toda la gente, nada más que es una parte que está, pues que no está como activa, no está despierta, llega un momento en que si nos pasa un evento traumático, habrá quienes lo pueda superar, habrá quienes tengan una crisis y no pasó nada, pero habrá a quienes en su vida están sensibles y entonces llega un momento en que te puede suceder, no sé un choque o que termines con tu pareja, o un despido de trabajo y llega un momento en que a lo mejor no tienes las herramientas o la fortaleza como para darle el brinco a la crisis y ahí te quedas, yo me acuerdo que en una ocasión le preguntaba yo a un maestro que, "¿oye, podemos tener una crisis psicótica?", con la experiencia ustedes se van dando cuenta y en la realidad ninguno estamos libres de que nos llegue a pasar un trastorno</p>	<p>- cuidado con las regulaciones - conciencia de limitaciones y capacidades</p>	<p>- conciencia de posible vulnerabilidad anímica por parte del st - cuidado del personal como de los "huéspedes"</p>
<p>J- todos somos parte de</p>		

M- si, a lo mejor no llegar a tener un trastorno mental, pero si llegar a tener un trastorno emocional, llegara tener a lo mejor crisis que te hagan pues tener hasta alucinaciones , ¿por qué? porque hay un momento de estrés en que se quebranta la personalidad y truenas	- conciencia de limitaciones y capacidades	- conciencia de posible vulnerabilidad anímica por parte del st - cuidado del personal como de los "huéspedes"
J- ¿y para ustedes psicólogos?		
M- nosotros durante todos los años que hemos estado en Centro de Bosque tenemos un grupo terapéutico, tenía un, terapeuta ajeno y cada quince días teníamos la consulta grupal, tenemos ya yo creo que como dos años que ya se tomó la decisión de cada quién tuviera su terapeuta	- cuidado con las regulaciones - conciencia de limitaciones y capacidades	- conciencia de posible vulnerabilidad anímica por parte del st - cuidado del personal como de los "huéspedes"
J- ¿y eso también va para quién está en la cocina, para los que no estudiaron psicología?		
M- pues fijate que nosotros siempre estamos al pendiente, yo soy la jefa de personal, yo soy la que siempre por ejemplo estoy atenta a las vacaciones, a quien contrato, o , o como se están sintiendo ¿sabes?, lamamos a la de la cocina y a la del aseo, si , siempre es como decirles "¿y cómo te estás sintiendo?", porque de repente es muy fácil pelearte , o sea, si tu vienes mal de afuera pues vienes y te desquitas aquí adentro, porque pues aquí todo el tiempo es cómo, aquí puedes hacer muchas cosas que no puedes hacer allá afuera, puedes aquí tener crisis histriónica, puedes aquí llorar, gritar, bailar , saltar y entonces pues tu le das un sentido diferente, no es como desde la crítica sino desde a lo mejor algún momento que está pasando la gente. La persona que hace el aseo de la casa, ella tiene con nosotros, yo creo que como unos diez años, entonces ella también sabe como tratarlos a ellos	- control del equipo y de los huéspedes - respeto y valor humano - consideraciones de "adentro" y "afuera"	- conciencia de posible vulnerabilidad anímica por parte del st - cuidado del personal como de los "huéspedes"
J-aprendió		
M-si, si, el paciente con trastornos o crisis emocional, eh, también pues son muy dominantes, manipuladores, chantajistas, tramposos, hay mucha sociopatía, ahorita tenemos un grupo estable pero llega un sociópata como estuvo una paciente hace poco y de repente pues es mucho de la parte histriónica, y pues todo mundo así como que, como si la enfermedad despertara la tuya y se vuelve aquí un mundo de la manía, ya nosotros también tenemos que estar muy alerta porque un paciente sociopático o psicopático te viene a cambiar la dinámica	- consecuencias del trato del paciente equitativo	- conciencia de posible vulnerabilidad anímica por parte del st y del huésped - cuidado del personal como de los "huéspedes"
J- ¿haz tenido alguna experiencia así?		
M- muchísimas		
J- una que tu digas esta si		
M- pues la de hace poquito		
S- es lo que nos decía Paola, que en el otro centro donde hay mucha gente como que se contaminan los trastornos		
M- más bien como la forma de responder, por ejemplo a lo mejor si tu eres muy pasiva y no te gusta como meterte en problemas pero llega una persona agitada y como que te y como que es la fuerza para jalar entonces entra tu parte maniaca y entonces empiezan a gritar y empiezan a reclamar o que hay una comida, no sé, pescado a la plancha, "no yo no quiero, que guácala" , "yo quiero una torta", "que yo también quiero una torta", que entonces empiezan como a aliarse aquí puede haber una persona como por ejemplo Lila es muy buen líder, entonces ella puede llevar un manejo dinámico desde las salud como puede llevar un manejo dinámico desde, desde ser una desorganización, nada más que bueno ya tiene mucho tiempo estable, pero es muy buena líder. En la casa de medio camino es muy importante es que funcionamos como una familia, que quiere decir que una familia que no es un grupo de pacientes con la misma, ni la misma edad, ni la misma sintomatología, ni el mismo padecimiento, entonces tu puedes entrar y pues la vida está llena de proyecciones, entonces alguien te puede representar a tu mamá a tu hermano. Habrá a quien adores totalmente o a quien no soportes, tu como paciente a lo mejor puedes tener una buena empatía con un psicólogo o un terapeuta o habrá con quienes ni siquiera puedas hacer buen clic, por eso no todos los psicólogos estamos todo el día, uno viene, hace sus talleres, tu meditación, haces tu taller, das contención y te retiras, llega el otro, hace su taller de contención y se retira	- adicciones fuerte que propicien agresión - comportamientos que propicien agresión - vulnerabilidad de pacientes a la adquisición de roles	- equidad - importancia de un equipio propositivo - consecuencias a evitar
J- ¿y entonces estás tu a cargo de Centro del Bosque?		
M- ¿yo?		
J- como estar al pendiente todo el tiempo		
M- no, yo soy una de las socias de Centro del Bosque, entonces yo vengo aquí, lunes, miércoles y viernes, aparte yo camino en otra casa de medio camino, este, esa casa es meramente, sumamente personalizada, no puede haber más de catorce pacientes, todo el trabajo es terapéutico, todo a través de psicólogos y la otra casa de medio camino es manejada más bien por los padrinos, ahorita en la actualidad es diferente que antes, ahorita ya estudió psicología ya un padrino ya a lo mejor estudió una especialidad en , en problemas con las drogas, lo que pasa es que los pacientes con trastornos más, padecimientos más en las drogas, marihuana, cocaína o padecimientos más emocionales pero físicos como bulimia, anorexia, mmm, bipolaridad se maneja mucho, mucha jovencita se maneja, mucho joven de catorce años para arriba, entonces se supone que es un trabajo de AA donde ellos trabajan más la temática conductivo conductual, entonces y es un trabajo donde llevas al paciente a lo primitivo, que son los famosos anexos , aquí con nosotros pues se le llama casa de rehabilitación, pero es un manejo de anexo, donde tu llevas al paciente a trabajar el ego, a saber expresarse, a que puedas tener un salto, por ejemplo yo tengo, también doy consulta privada, entonces para poder lograr que un paciente tenga un ensayo, un contacto con el, realmente con su padecimiento a conciencia, pues amerita de varias sesiones, amerita de mucho trabajo, pues si terapéutico que tenga confianza, que pueda centrara a lo mejor a momento de hipnosis y esas cosas, y dentro de este grupo pues te enseñas a expresarte, no vas a hacer amigos, tu vas a escucharte a	- apoyo por parte de otras instituciones (socias) - cuidado personalizado - conciencia ética - conciencia de capacidades - esfuerzo por parte del staff	- anexos - temática conductivo conductual - manejo de emociones - educación emocional - educació social segmentada

M- si , ya nada más entra algo y todo el mundo está a la moda, entonces todo el tiempo estamos tratando de estar a la moda y tratando de estar ocupados	- propensión por moda	
S- yo creo que sería interesante que les contaras de los doce pasos de los alcohólicos anónimos		
M- uyy, no me los sé, necesito el librito, pero están muy interesantes los doce pasos eh		
J-¿para cualquiera?		
en la vida , primordial es como las reglas básicas para vivir, ¿no?, como para vivir como comer, dormir, socializar, si o sea y los doce pasos son así, tienes que aprender primero a estar en el aquí y en el ahora, necesitamos aprender a reconocer como estoy, como pienso como me escucho, como me muevo, que necesito, como me miro, siempre, es conectado a ti a ti a ti , que eso es lo difícil y entonces en esta casa de medio camino es una casa donde a mi me gusta mucho el trabajo también, es una casa donde no son psicólogos, pero en la realidad yo aprendo que el mejor psicólogo no es el que, no es el que ah estudiado más, sino el que mejores experiencias a tenido y sale de ellas, entonces la casa de medio camino pues , todos los jovencitos o la gente que vive ahí, pues ya viene de, de Tetlán, de Esteban Alatorre, de (no se entiende muy bien), de Pirineos, desde procesos de seis, ocho o hasta un año, entonces ya llegan con un aprendizaje de, de compartir, de dar, de dirigir, si tu metes a un paciente con un problema mental, ellos te ayudan a bañarlo, o sea no les da asco, le dan de comer en la boca, lo acompañan, no duermen si está enfermo, o sea realmente es un trabajo que mis respetos	- necesidades básicas - experiencia - conciencia	
J- ¿y organizaciones como esa hay muchas?		
M- fijate que casas de medio camino para personas con adicción si hay		
J- ¿y de trastornos?		
M- que yo tenga entendido en Guadalajara solo Centro del Bosque		
J- ¿y en México?		
M- si, lo que pasa es que creo que, antes estaba una donde estaba el Dr. Sergio pero también se cerró, una casa de medio camino, para trastornos mentales no hay tantas porque es una casa, primero que son mensualidades, no tan caras como otras clínicas, pero si es un trabajo muy caro, porque tu nada más tienes contratado a puro terapeuta	- exclusividad - precio	- limitación de oferta - segmentación por costo elevado
J- entonces tu no conoces ninguna otra		
M- no, no		
J- han tenido de otros países		
M- uno de Canadá tuvimos, otro de Estados Unidos	- internacionalidad	-interculturalidad
J- ¿pero eran canadienses o eran mexicanos?		
M-no, no, era de Canadá		
J- ¿hablaba español?		
M- fijate que el hablaba algo de español, pero dos de los terapeutas, no,		
M- fijate que el hablaba algo de español, pero dos de los terapeutas, no, pues Hugo habla inglés, Alma, Elisa, Ramón, creo que la única que no habla inglés soy yo, pero todo mundo entiende inglés, los pacientes saben inglés, todos saben inglés, todos tienen dos idiomas, entonces si entra un paciente que es	- preparación académica - nivel socioeconómico - segmentación medio alto de la población	- costos elevados de estancia - costos elevados de medicamentos - costos elevados de terapias
L- yo hablo tres idiomas		
R- ¿cuáles son los criterios para saber que personas entran?		
M- aquí nada más puede entrara la familia de los huéspedes, o sea si viene el amigo de un huésped, pero si la familia no tiene autorizado a que lo vea no entra, porque acordémonos que estamos trabajando con personas con padecimientos emocionales, entonces, como la mayoría suelen ser pues muy manipulador, o con muchas patologías que lo llevan a un problema, tu no sabes si ese amigo es parte fundamental de su trastorno	- conciencia de las repercusiones posibles - conciencia emocional	- medida de precaución para evitar que el "huésped" recaiga
R- pero refiriéndome a los huéspedes ¿a quienes aceptan de huéspedes?		
M- podemos aceptar a, lo primordial es que se tiene que valer por si solo, aquí, aquí si se tiene que bañar, tiene que comer, este, nosotros no hacemos ese tipo de trabajo aquí, allá si pero aquí no	- dignificación del "huésped"	
S- ¿y el examen que te hacen?, ¿cómo se llama?		
M- se hacen unas pruebas psicométricas, haz de cuenta que te llama un familiar, ¿no?, y el te cuenta toda la sintomatología del paciente pero en la realidad nunca te dicen como es lo real, entonces, pues ya viene, a veces vienen las familias diciéndonos que es un paciente sumamente difícil y es un paciente muy tranquilo o a veces viceversa, entonces si el paciente puede atentar contra su vida o hacerle daño a uno de los integrantes de aquí, no puede estar, una persona uno de los huéspedes no puede tocar aun terapeuta ni a sus compañeros en cuestión ya más de violencia, la primera agresión se va, entonces tu vas valorando, o sea tu trabajas , tu haces una valoración de primer día y no te vas a dar cuenta si está sano o no, pero si te vas a dar cuenta si tiene la capacidad para poder estar, porque uno puede decir "es que viene muy psicótico", pues sí, por algo viene para acá, entonces puede tener un diálogo como muy metafórico, este, porque hay pacientes que se comunican de esa manera y pues es muy difícil, pero mientras que tu los veas que no es más fuerte la enfermedad de ponerlos en peligro si se queda, van pasando los días, se hacen unas pruebas psicométricas MPI, HTP, los de las familia, etc, se hacen varios exámenes psicológicos y te dan un diagnóstico, más el diagnóstico que hay del psiquiatra, más el que estamos haciendo nosotros todo el tiempo, antes de irnos de guardia todos los psicólogos hacemos un reporte en la computadora y en una bitácora donde se revisa como van evolucionando.	- pruebas categorizantes - percepción del trastornado por parte de sus seres cercanos - uso de bitácoras	-MPI - HTP - pruebas psicométricas