



Cartilla Psicoeducativa: reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento en
paciente de Health & Life IPS

Autora:

Yurany Andrea Pulido Casas

Asesor(a)

María Fernanda Jiménez Fetecua

Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO

Rectoría Bogotá-Cundinamarca-Boyacá

Programa de Psicología Presencial

Diciembre, 2025

Cartilla Psicoeducativa: reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento en
paciente de Health & Life IPS

Autora:

Yurany Andrea Pulido Casas

Sistematización de experiencias presentado como requisito para optar al título de Psicóloga

Asesor(a)

María Fernanda Jiménez Fetecua

Lector(a)

Francisco Hernando Gómez

Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO

Rectoría Bogotá-Cundinamarca-Boyacá

Programa de Psicología Presencial

Diciembre, 2025

DEDICATORIA

Me siento profundamente agradecida y orgullosa por el proceso experimentado a lo largo de mi práctica de psicología clínica y en general de mi carrera, por ello este triunfo alcanzado lo dedico en primer lugar, a mí. A la mujer que decidió no rendirse cuando el cansancio pesaba más que la motivación, a quien atravesó miedos, dudas y exigencias personales, pero aun así permaneció firme en su propósito. Me dedico este logro como un acto de reconocimiento a cada esfuerzo silencioso, a las noches largas, a los momentos de frustración y a la disciplina sostenida a lo largo de toda la carrera y especialmente, durante el proceso de práctica clínica. Este camino no solo me formó como profesional, sino que me transformó como ser humano, recordándome mi capacidad de resiliencia, compromiso y entrega.

De manera especial, dedico este proyecto a mis padres, quienes han sido mi sostén incondicional, gracias por creer en mí incluso cuando yo dudé, por acompañarme con amor, paciencia, palabras de aliento y por motivarme siempre a ser mejor persona y mejor profesional. Su apoyo constante fue un pilar fundamental para alcanzar este logro y su ejemplo sigue guiando cada uno de mis pasos. Este proyecto es el reflejo de un proceso construido con esfuerzo, vocación, humanidad y representa no solo el cierre de una etapa académica, sino el inicio consciente de una vida profesional ejercida desde la empatía.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar en estas líneas un agradecimiento muy especial a mis docentes de seguimiento, quienes fueron un pilar fundamental en este proceso académico y personal. A la profesora Laura Téllez, gracias por impulsar este proyecto desde el momento cero, por creer en él incluso antes de que tomara forma y sobre todo, por confiar en mí y en mis capacidades cuando yo aún no me sentía segura. Su motivación constante, su acompañamiento y su mirada alentadora hicieron posible esta sistematización. A la profesora María Fernanda Jiménez, gracias por sus palabras siempre cálidas, por su apoyo oportuno y por creer en mí, en mi trabajo y en el valor de este proyecto. Su confianza fortaleció mi seguridad profesional y personal, permitiéndome avanzar con mayor convicción y compromiso en cada etapa del proceso.

De igual manera, agradezco profundamente a todas las personas que estuvieron cerca de mí durante este camino, acompañándome de distintas formas y aportando a mi crecimiento. En especial, a mis amigas Alejandra Rodríguez y Alejandra Ávila, gracias por su apoyo incondicional, por brindarme la motivación necesaria para creer en mí y en mi proyecto, por sostenerme en los momentos de duda y por caminar conmigo a lo largo de toda la carrera. Su presencia, palabras y compañía fueron un motor fundamental para seguir adelante.

A cada uno de ustedes, gracias por hacer parte de este proceso, por creer, acompañar y aportar desde lo humano. Este logro también les pertenece.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
PRESENTACIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	11
1. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y ESTADO INICIAL	15
2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA Y SOPORTE TEÓRICO– METODOLÓGICO.	20
2.1 SOPORTE TEÓRICO:	20
2.1.1. Reconocimiento del diagnóstico.....	22
2.1.2. Adherencia Terapéutica.....	23
2.1.3. Psicoeducación.....	25
2.1.4. Autocuidado.....	26
2.1.5. Condiciones de salud mental relevantes	28
A. Esquizofrenia.....	28
B. Trastorno Afectivo Bipolar.....	29
C. Trastorno Neurocognitivo mayor.....	30
D. Discapacidad intelectual.....	31
2.1.6. Revisión de antecedentes	32
2.2 SOPORTE METODOLÓGICO	35
2.2.1. Objetivo General.....	35
2.2.3. Diagnóstico de Necesidades y Pregunta Problema	36
2.2.4. Población	37
3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EXPERIENCIA.	40
4. ANÁLISIS REFLEXIVO DE SU ROL COMO PRACTICANTE.	45
5. DEVOLUCIÓN CREATIVA.	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71
ANEXO 1. Aval de Health & Life IPS	71
ANEXO 2. Cuestionario Personal Asistencial	72
ANEXO 3. Cartilla psicoeducativa	74

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Percepción inicial del personal asistencial sobre la comprensión del diagnóstico por parte de los pacientes hospitalizados	51
Ilustración 2 Dificultades identificadas en la adherencia al tratamiento de los pacientes	52
Ilustración 3 Disponibilidad de materiales psicoeducativos en la institución.....	53
Ilustración 4 Percepción general del personal asistencial frente al impacto de la cartilla psicoeducativa.....	55
Ilustración 5 Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia	57
Ilustración 6 Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.....	59
Ilustración 7 Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor	60
Ilustración 8 Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual	61

RESUMEN

El presente proyecto tuvo como objetivo sistematizar la experiencia de práctica profesional en psicología clínica realizada en la IPS Health & Life (HeLi), sede Subachoque, mediante el diseño e implementación de una cartilla psicoeducativa orientada al reconocimiento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento en pacientes hospitalizados con esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno neurocognitivo mayor y discapacidad intelectual.

La metodología de la cartilla psicoeducativa fue desarrollada bajo el enfoque cuantitativo y la sistematización fue de carácter descriptivo, enmarcada en el modelo praxeológico de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, integrando sus 4 momentos de ver, juzgar, actuar y devolución creativa. Inicialmente, se realizó una observación del contexto institucional y se aplicó un cuestionario estructurado al personal asistencial con el fin de identificar las principales dificultades relacionadas con la comprensión del diagnóstico y la adherencia terapéutica de los pacientes. A partir del diagnóstico de necesidades, se diseñó y aplicó una cartilla psicoeducativa compuesta por módulos teóricos y prácticos, adaptados a las capacidades cognitivas y funcionales de la población.

Los principales hallazgos evidenciaron que la falta de comprensión del diagnóstico y las limitaciones cognitivas influyen directamente en la baja adherencia al tratamiento. La implementación de la cartilla permitió mejorar la comprensión de las condiciones de salud mental, fortalecer el autocuidado y promover una participación más activa de los pacientes en su proceso terapéutico. Como conclusión, se reconoce la psicoeducación como una estrategia eficaz y humanizada que contribuye significativamente a la adherencia al tratamiento y al fortalecimiento del abordaje integral en contextos hospitalarios de salud mental.

ABSTRACT

This project aimed to systematize the professional practice experience in clinical psychology at the Health & Life (HeLi) IPS, Subachoque branch, through the design and implementation of a psychoeducational booklet focused on diagnosis recognition and treatment adherence in hospitalized patients with schizophrenia, bipolar disorder, major neurocognitive disorder, and intellectual disability.

The methodology for the psychoeducational booklet was developed using a quantitative approach, and the systematization was descriptive, framed within the praxeological model of the Minuto de Dios University Corporation, integrating its four stages: see, judge, act, and creative feedback. Initially, an observation of the institutional context was conducted, and a structured questionnaire was administered to healthcare staff to identify the main difficulties related to understanding diagnoses and patient adherence to treatment. Based on the needs assessment, a psychoeducational booklet was designed and implemented, comprised of theoretical and practical modules adapted to the cognitive and functional abilities of the patient population.

The main findings showed that a lack of understanding of the diagnosis and cognitive limitations directly influence poor treatment adherence. Implementing the information booklet improved patients' understanding of their mental health conditions, strengthened self-care, and promoted more active participation in their therapeutic process. In conclusion, psychoeducation is recognized as an effective and humanized strategy that significantly contributes to treatment adherence and strengthens the comprehensive approach in mental health hospital settings.

PRESENTACIÓN

A lo largo de la presente sistematización de experiencias desarrollada en el campo de la psicología clínica, durante el periodo académico 2025-1 en la IPS Health & Life (HeLi) en sede Subachoque, se describe de manera detallada el proceso de desarrollo e implementación de una cartilla psicoeducativa, acerca del reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento, de las cuatro (4) condiciones de salud mental más prevalentes en la sede: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastorno Neurocognitivo Mayor y Discapacidad Intelectual.

El objetivo principal estuvo orientado al diseño de una cartilla estructurada en dos secciones; la primera describe cada uno de los diagnósticos, sus síntomas y sus tratamientos, con un lenguaje adaptado y apropiado para mayor comprensión del personal no clínico y/o de salud y, la segunda parte está compuesta por unas actividades que permiten afianzar los conocimientos adquiridos en el campo de la psicología clínica, con el fin de fortalecer el proceso terapéutico durante la hospitalización de cada paciente.

Cabe resaltar que la cartilla fue diseñada para pacientes, personal asistencia y familiares, como evidencia del trabajo en equipo y que cada grupo poblacional requiere de informaciones precisas en relación al cumplimiento de su rol.

En el marco de la presente sistematización se busca dar a conocer de manera crítica los aprendizajes adquiridos a través de la experiencia desarrollada, donde se rescatan los logros alcanzados, se mencionan aquellas limitaciones que se presentaron y a su vez se brindan recomendaciones necesarias, con la intención de aportar de manera significativa a futuros practicantes del campo de la psicología clínica, a la IPS y al campo disciplinar específico, comprendiendo que no solo constituye un ejercicio académico, sino una

contribución a nivel social que permite el fortalecimiento de la atención en unidades de salud mental y el desarrollo integral de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

En relación con los lineamientos de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, su proyección social y su enfoque praxeológico, cabe resaltar la importancia de desarrollar proyectos enfocados en la transformación social, mediante la generación de conocimiento nuevo y adaptado a los espacios de intervención, promoviendo una formación profesional ética, integra y comprometida con el bienestar social.

En las siguientes líneas me permitiré describir la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con condiciones de salud mental tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, discapacidad intelectual y trastorno neurocognitivo mayor quienes se encuentran hospitalizados en Health & Life IPS; además, se presentan algunas cifras relevantes y varias de las razones del por qué se presenta baja adherencia al tratamiento en pacientes bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

La adecuada adherencia al tratamiento es importante para el desarrollo óptimo de pacientes diagnosticados con condiciones de salud mental. Actualmente, se cuentan con tratamientos psicológicos eficaces que permiten gestionarlos; sin embargo, la prescripción de fármacos es indispensable para el abordaje terapéutico de los pacientes psiquiátricos, ya que estos facilitan la prevención de recaídas futuras, alivio de síntomas y una regulación en las diferentes dimensiones del ser (Dilla, Ciudad y Álvarez 2013, citado en De las Cuevas y Sanz, 2016), pero los efectos secundarios provocan alta probabilidad de abandono del tratamiento y/o mínima adherencia, lo que requiere de propuestas interventivas integrales.

Las cifras frente a la inadecuada adherencia al tratamiento por parte de los pacientes son altas y alarmantes, lo que interfiere fuertemente en la recuperación, la efectividad del tratamiento y representa un gasto considerable para el sistema de salud (Dilla, Ciudad y Álvarez 2013, citado en De las Cuevas y Sanz, 2016). Así mismo, se considera que la causa

más importante del bajo compromiso con el tratamiento se encuentra relacionada con la falta de conocimiento y aceptación de la enfermedad. En una revisión sistemática realizada por Alvear y Sandoval (2024), se encontró que cuando los pacientes comprenden mejor su enfermedad mental o llevan una mejor relación con su médico, son más adherentes con su medicación y muestran una mejoría en su bienestar.

Tal situación y viéndome vinculada a un espacio prometedor en el aprendizaje y ganancia de habilidades clínicas, me permitió hacer una propuesta ajustada a las necesidades de la institución, pero además alineada con uno de los principios orientadores de la UNIMINUTO desde su Modelo Praxeológico.

De acuerdo con lo mencionado y resaltando el primer componente de nuestro modelo Praxeológico UNIMINUTO que corresponde al proceso de **VER**, al llegar a HeLi me encontré con pacientes con diagnósticos de salud mental, como lo son esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno neurocognitivo mayor y discapacidad intelectual, los cuales demostraron presentar dificultades en el reconocimiento y aceptación de su diagnóstico, a causa de la limitada accesibilidad a recursos informativos claros y comprensibles que les permitiera evidenciar grandes avances en la recuperación de su salud mental. En algunos casos es clave resaltar que el avanzado desarrollo de su diagnóstico limita algunas de sus funciones cognitivas; lo que imposibilita una fácil comprensión de lo que les sucede, como se manifestó en los pacientes con discapacidad intelectual y trastorno neurocognitivo mayor; estos factores conllevaron a que se evidenciará una baja adherencia al tratamiento en gran porcentaje de ellos.

Al identificar este mínimo grado de comprensión en la comunidad de Heli, me propuse identificar con claridad estas dificultades en la comprensión de los diagnósticos, por lo tanto, propuse la implementación de un cuestionario estructurado dirigido al personal

asistencial de la sede, con el objetivo de validar si la necesidad identificada también era percibida por los profesionales a cargo de los pacientes (ANEXO 2).

A partir de este instrumento de recolección de información y en concordancia con el segundo componente del modelo praxeológico de UNIMINUTO que corresponde al proceso de **JUZGAR**, tuve que pensar en la manera o a través de qué recurso, se podría generar un impacto significado desde mi posición de practicante, pero que me permitiera fomentar la transformación social en dicha sede, en relación con la búsqueda del bienestar hospitalario de los pacientes y es así como nació la idea de diseñar *“una cartilla psicoeducativa de reconocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes de HeLi Subachoque”*.

Efectivamente el recurso del cuestionario de reconocimiento de saberes, me permitió recopilar información importante que contribuyó en el diseño, elaboración e implementación de la cartilla psicoeducativa, la cual estuvo compuesta por dos módulos. El primero era **teórico** y allí se encontraba toda la explicación del diagnóstico, sus síntomas y su tratamiento, recurriendo a las palabras sencillas para el entendimiento de quien observa las imágenes alusivas. En el siguiente módulo, **muy práctico**, su contenido proponía una serie de actividades adaptadas a cada paciente de acuerdo con su funcionalidad física y cognitiva. Efectivamente, la cartilla psicoeducativa se proporcionó como una herramienta de apoyo en el proceso de hospitalización, permitió la comprensión más clara de las condiciones de salud mental existentes y fomentó la adherencia al tratamiento de los pacientes de la IPS Heli en la sede de Subachoque.

De esta forma se evidenció nuestro tercer componente praxeológico que corresponde al proceso de **ACTUAR**, el cual me impulsó a la continuidad en la ejecución de una idea con gran impacto social.

Con el producto titulado “Cartilla psicoeducativa: reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento” (ANEXO 3) se evidenció el último componente del modelo praxeológico que corresponde al proceso de **DEVOLUCIÓN CREATIVA**, donde la cartilla se destacó como un recurso psicoterapéutico esencial, ya que promovió la autonomía de los pacientes hospitalizados y contribuyó a la prevención de recaídas y hospitalizaciones prolongadas, brindando las estrategias pertinentes de manejo y control de síntomas asociados a su enfermedad. Este producto también fomentó el desarrollo de estrategias innovadoras en el ámbito académico y asistencial, sirviendo como base para futuras investigaciones, de lo cual me permitiré profundizar más adelante.

A su vez se buscó generar un impacto en diversos ámbitos importantes, inicialmente en la IPS Health & Life, optimizando recursos relacionados con hospitalizaciones recurrentes por falta de adherencia al tratamiento. Al aportar al mejoramiento de los procesos a nivel psicológico de los pacientes, se impactó en el incremento de la efectividad de sus tratamientos psicofarmacológicos, en el fortalecimiento de la autonomía, la confianza en su proceso de recuperación y el mejoramiento de la relación paciente-personal asistencial, brindando herramientas psicoeducativas innovadoras de fácil acceso y comprensión.

Finalmente, la cartilla se convirtió en un recurso esencial que facilita la orientación de los procesos terapéuticos de los pacientes. Además, contribuye a la generación de conocimiento colectivo y permite integrar estrategias interdisciplinarias en la práctica clínica diaria, optimizando así la atención en salud mental. La experiencia y el producto contribuyeron a la generación de conocimiento aplicado y psicoeducativo en el campo de la psicología clínica, además, impulsa estrategias innovadoras para la prevención y promoción de la salud mental en todas sus dimensiones, posicionándose como una herramienta viable para su posible replicación en otros contextos o instituciones dedicadas a la atención en salud mental.

1. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y ESTADO INICIAL

La práctica profesional de psicología clínica se realizó en la IPS Health & Life (HeLi), sede Subachoque, una institución líder en cuidado crónico, salud mental y atención domiciliaria centrada en el paciente, la misión de la entidad está orientada en solucionar de manera eficiente y rápida la larga estancia de los pacientes a nivel nacional y su visión enfocada en ser pioneros en Colombia en atención domiciliaria, hospitalizaciones de cuidado crónico y salud mental, cuentan con presencia en 32 departamentos a nivel nacional (Health & Life IPS, 2025).

La sede de HeLi en Subachoque está estructurada en diferentes áreas de atención y cuenta con una coordinadora, especialistas en el área de la salud física y mental tales como médicos generales, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos y talleristas quienes son los encargados de proporcionar apoyo y cuidado a los pacientes hospitalizados.

Dentro de los actores es necesario mencionar a los pacientes quienes son los principales receptores y beneficiarios de atención médica en este caso de la cartilla psicoeducativa de reconocimiento de su diagnóstico y adherencia al tratamiento. Finalmente cabe resaltar que la unidad se caracteriza por su trabajo interdisciplinario, su compromiso con el bienestar social y sus múltiples programas orientados al mejoramiento y mantenimiento de funciones físicas y cognitivas de los pacientes hospitalizados (Health & Life IPS, 2025), es una premisa constante en el equipo de profesionales.

Reconociendo estas dinámicas institucionales de apoyo profesional integral y de la presencia de los pacientes, junto con sus familiares, evidenciaban que las relaciones que se presentaban estaban caracterizadas por el interés profesional en el mejoramiento y desarrollo óptimo de los pacientes dentro de la hospitalización, es por ello que los pacientes han sido divididos de acuerdo a su funcionalidad física y cognitiva, distribuidos de la siguiente forma:

equipo verde; aquellos pacientes que mantienen sus funciones cognitivas y físicas activas, equipo amarillo: corresponde a aquellos que requieren de apoyo para ejecutar algunas actividades y el equipo rojo; está integrado por los pacientes que presentan mayor dificultad para la ejecución de sus actividades diarias, son aquellos que requieren apoyo de forma permanente.

De esta forma los grupos se distribuyen a lo largo de la semana para trabajar con los profesionales por grupos de la siguiente forma: los días lunes equipo verde, martes equipo amarillo, miércoles equipo rojo, jueves equipo verde, viernes equipo amarillo y sábado equipo rojo.

Las rutinas y actividades diarias han sido estructuradas y aprobadas por los profesionales a cargo, la jornada de los pacientes inicia a las 7:00 am donde son dirigidos por el personal de enfermería a sus respectivas duchas para el baño, luego de ello son organizados por Alas, primero salen a desayunar las mujeres que se encuentran en el Ala A y luego los hombres que están en el Ala B, se realiza seguido de ello una caminata cerca de la institución, ya que al estar ubicada en zona rural se cuenta con el beneficio de poder salir a desarrollar dicha actividad.

Cuando regresan los pacientes se quedan en el aula de actividades el equipo que corresponda por día, allí quedan a cargo del fonoaudiólogo, la fisioterapeuta, el tallerista y la psicóloga, los demás van a la unidad a descansar. Sin embargo, es clave aclarar que si alguno de los pacientes que no están en actividad requiere alguno de los profesionales se prioriza el caso. En cuanto a las actividades se desarrollan por etapas y se distribuyen de manera interna entre los profesionales con la intención de que todos lleven a cabo sus objetivos terapéuticos, alrededor de las 12:00 pm son dirigidos a su almuerzo y posterior a ello van a descansar a la unidad, allí quedan a cargo de los médicos y el personal de enfermería quienes se encargan de

suministrar sus medicamentos y reportar las diversas novedades que se presenten durante el turno.

Mi llegada a Heli se da gracias a una oferta brindada por la universidad a la cual decidí aplicar, ya que en el municipio donde vivo existe una sede y considere que podría tener la oportunidad de ingresar allí, cuando asistí a la entrevista y desde allí validaron la posibilidad de ser la primera practicante de psicología en la sede de Subachoque, me emocione mucho con la oportunidad aunque sabía que se convertiría en un reto a nivel personal y profesional, ya que me enfrentaría por primera vez a un escenario de salud mental y a una serie de dinámicas laborales ya establecidas, las cuales me llevaron a generar unas expectativas y a visualizar oportunidades de crecimiento así como la adquisición y desarrollo de habilidades clínicas.

Efectivamente así fue, al llegar allí fui presentada ante el equipo de trabajo e inmediatamente debía empezar a trabajar por adaptarme al ritmo laboral e incluirme dentro de los equipos profesionales para desarrollar mi práctica profesional, mi primer acercamiento con el personal de salud se dio a través de una función fundamental asignada por parte de la entidad, la cual era fomentar y llevar a cabo los procesos de humanización a través de una serie de actividades dinámicas, que permitieran dar a conocer las 5 huellas de humanización base de la entidad, esto con la intención de elevar los niveles de atención integral a los pacientes y sus familiares, cabe aclarar que al ser la primera practicante de psicología debía buscar estrategias para que el personal y los pacientes decidieran participar de mis actividades.

Tras iniciar con el proceso de humanización decidí acercarme al personal de salud donde afortunadamente obtuve una gran acogida y participación en cada una de las actividades a lo largo de los meses tanto así, que hasta me preguntaban cuando sería la próxima actividad, que de donde sacaba tantas ideas que ellos se divertían mucho y que ese espacio cada quince días les permitía fortalecer sus lazos como equipo y salir de la rutina, de

igual forma sucedió con los pacientes se trabajaba la humanización cada 15 días con pacientes de los diferentes equipos.

Respecto a los procesos propios de mi profesión conté con la orientación de una excelente psicóloga quien a pesar de solo asistir un día a la unidad me brindo las herramientas necesarias para trabajar con los pacientes y me permitió arriesgarme a desarrollar acompañamientos y llevar casos específicos de la unidad, tanto así que realice con un paciente un proceso de extinción de conducta, ya que había desarrollado aversión al agua de la unidad, lo cual lo afectaba de manera directa, afortunadamente al desarrollar este proceso de acompañamiento y de manera gradual logramos disminuir ese temor, siendo felicitada por parte de psiquiatría, quien noto el cambio en el paciente.

Los demás profesionales me abrieron las puertas de su equipo, cuando yo requería realizar acompañamientos o trabajar algún proceso con los pacientes, con la mejor disposición siempre estaban para apoyarme, de igual forma yo me involucre en varias de sus actividades con el objetivo de brindar apoyo si lo requerían y poder conocer desde todas las perspectivas a los pacientes, de esta forma lleve a cabo mi práctica clínica de una manera exitosa.

Mi paso por Heli generó una serie de cambios, ya que como practicante yo asistía 3 días a la semana y todo el personal ya sabía cuándo contaban con mi apoyo, confiaban en mí y en mis habilidades, durante este tiempo tuve la oportunidad de mediar conflictos que se presentaban entre los profesionales con la intención de que los procesos internos no se vieran afectados, lo cual me permitió ganar confianza en sí misma y darle valor a cada una de mis hipótesis y soluciones frente a los diferentes casos.

Cuando decidí comentar acerca del proyecto que quería desarrollar surgieron infinidad de necesidades en las que se requería trabajar, pero más orientadas hacia el personal de salud, postule muchas de esas ideas sin embargo yo debía orientar mi proyecto a los pacientes de la

unidad, es así como decido proponer la cartilla y al ser aprobada empiezo a trabajar en ella, recogiendo datos importantes de parte del personal y su perspectiva frente a la propuesta, tras presentar a la entidad la cartilla recibí felicitaciones a nivel general y en la unidad entregando un recurso que permitiría facilitar diferentes procesos en cuanto a reconocimiento y adherencia, fue un proyecto muy bien plasmado con algunas propuestas de mejora pero validado totalmente.

Durante este proceso me vi impulsada por mi docente de seguimiento de práctica a realizar la sistematización como opción de grado, ya que para ella mi producto era potencialmente exitoso y no debía simplemente presentarlo y dejarlo allí, luego de pensarlo varias semanas y evaluar diferentes aspectos a nivel económico, carga académica y satisfacción personal decido postular mi idea con un poco de temor a no ser tan extraordinario como otros proyectos, pero con toda las ganas de darlo a conocer, porque conllevó una gran responsabilidad, tiempo, dedicación y un compromiso que solo yo podría haber brindado, para ello debía contar con el permiso por parte de la entidad (ANEXO 1) de esta manera podría dar conocer el proceso desarrollado, me acerco a las coordinadoras de mi proceso y les comento la intención de desarrollar la sistematización a lo cual afortunadamente recibo un sí como respuesta.

Con una práctica clínica desarrollada a cabalidad, exitosa, con la oportunidad de regresar como profesional y con el permiso concedido, doy el siguiente paso que me lleva a retarme una vez más, pero con la confianza de hacerlo bien de nuevo.

2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA Y SOPORTE TEÓRICO– METODOLÓGICO.

A continuación, me permitiré dar cuenta de los referentes teóricos que enmarcan la experiencia dentro de la epistemología de la psicología y otros relacionados con la revisión del estado del arte acerca de la importancia de vincular procesos psicoeducativos en contextos hospitalarios para la recuperación de la salud, específicamente la Salud Mental. Posteriormente daré cuenta del procedimiento metodológico que se utilizó para llegar a la presentación del producto de la cartilla psicoeducativa “*reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento en HeLi, sede Subachoque*”.

2.1 SOPORTE TEÓRICO:

El diseño e implementación de la “cartilla *psicoeducativa reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento*”, base fundamental de la presente sistematización de experiencias, estuvo sustentado en el enfoque conductista, la cual plantea el conocimiento como la herramienta más útil para la adaptación del comportamiento en función del entorno y la resolución de conflictos, también resalta la función del aprendizaje y la modificación de conductas por medio de la experiencia directa para generar cambios observables en su conducta frente al reconocimiento de su diagnóstico, la adquisición de rutinas de autocuidado y la adherencia al tratamiento buscando que las conductas modificadas se mantengan a lo largo del tiempo. De esta manera la cartilla se convierte en un recurso de asociación entre el conocimiento adquirido y las conductas esperadas.

Bajo este enfoque, la psicoeducación se plantea como un proceso flexible en el cual, junto con el ambiente, permite modificar conductas y fortalecer la adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes hospitalizados. En concordancia con lo descrito, la cartilla psicoeducativa se convierte en una herramienta que aporta estrategias para la

modificación de conducta, ya que facilita la comprensión del diagnóstico y del tratamiento, fomentando la autonomía del paciente en su recuperación (Romero, 2012; Hurtado, 2006).

Para el desarrollo de los objetivos planteados se retomaron los modelos del conductismo que han sido efectivos en la modificación de conducta como lo es: *condicionamiento operante* que ofrece la implementación de estímulos y refuerzos para favorecer el aprendizaje, fortalecer conductas deseadas y reducir comportamientos desadaptativos (Romero, 2012; Hurtado, 2006).

Otro modelo importante para mencionar es el *Análisis Conductual Aplicado (ABA)* el cual analiza relaciones funcionales entre comportamiento y ambiente, cartilla *psicoeducativa reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento*, convirtiéndose en una herramienta clave en este producto, ya que permite modificar conductas relacionadas con la adherencia al tratamiento, mediante el uso de refuerzos positivos y aplicación de estrategias de aprendizaje. A través de la cartilla psicoeducativa, se busca que los pacientes hospitalizados desarrollen hábitos que favorezcan su recuperación, facilitando la comprensión de su diagnóstico y promoviendo una mayor autonomía en su proceso terapéutico. Al enfocarse en conductas observables y medibles, el ABA garantiza intervenciones efectivas que pueden ser replicadas y mantenidas a largo plazo (Rodas, 2009).

Además, en la cartilla psicoeducativa encontramos justificaciones de la intervención desde las técnicas del enfoque cognitivo-conductual (TCC), el cual ofrece una serie de técnicas que buscan modificar pensamientos y conductas.

Específicamente a nivel cognitivo se encuentran: la reestructuración cognitiva, el registro de pensamientos automáticos, el entrenamiento en solución de problemas y la detención del Pensamiento. A nivel de conducta: la exposición gradual, la desensibilización

sistemática, la activación conductual, el refuerzo positivo y negativo y el modelado. Estas estrategias terapéuticas nos permiten estructurar una intervención basada en evidencia, facilitando la autonomía, el aprendizaje, y la adecuada adherencia al tratamiento, también contribuyen a la mejora en la calidad de vida de los pacientes y a la reducción del riesgo de recaída (Puerta y Padilla, 2011).

A continuación, se describen los conceptos teóricos más relevantes que fueron utilizados para el diseño e implementación de la cartilla psicoeducativa, que aportan un marco conceptual estructurado y fundamentado para la presente sistematización.

2.1.1. Reconocimiento del diagnóstico

Se refiere a la capacidad que posee el paciente para interpretar y comprender su enfermedad, la identificación de los síntomas presentes y la importancia del tratamiento psicofarmacológico, en diversas condiciones de salud mental este reconocimiento se ve gravemente impactado de manera negativa, lo que aumenta la probabilidad de baja adherencia al tratamiento y aumento en riesgo de recaída y hospitalizaciones frecuentes. (Esparza, 2011; Fernández, 2010).

El reconocimiento del diagnóstico constituye un elemento fundamental para poder acceder a servicios especializados e implementar los tratamientos adecuados, el identificar de manera propia o por alguien cercano la presencia de un trastorno de salud mental, permite activar las rutas de atención pertinentes priorizando el bienestar y la calidad de vida de la persona. Este reconocimiento permite a los profesionales de la salud implementar y diseñar intervenciones personalizadas, basadas en evidencia y acordes a las necesidades del paciente, de la misma forma se da visibilidad a las enfermedades de salud mental como una prioridad a nivel social, político y económico (Gómez, 2019; Bareiro, 2017).

Sin embargo es necesario mencionar que cuando desde la perspectiva clínica se reduce al paciente y su condición únicamente al “rotulo”, es decir al diagnóstico asignado, se corre el riesgo de que se presente la pérdida de identidad del paciente y se centre únicamente en dicha etiqueta, que refuerza la falta de confianza en el proceso de recuperación, el aumento de estigmatización social y sobre todo autoestigmatización por parte de la persona, lo que la puede llevar a tener una autopercepción de sí mismo desfavorable (Gómez, 2019; Bareiro, 2017).

Por lo tanto, el reconocimiento del diagnóstico debe ser entendido como un primer paso dentro de un proceso terapéutico más amplio, que reconozca al sujeto en su integridad y considere tanto sus síntomas como su entorno. Es fundamental que los profesionales de la salud mental equilibren el valor clínico del diagnóstico con una mirada comprensiva, crítica y contextualizada, que no invisibilice las experiencias subjetivas ni los determinantes sociales. Solo así se podrá brindar una atención más humana, efectiva y respetuosa (Gómez, 2019; Bareiro, 2017).

2.1.2. Adherencia Terapéutica

Se entiende como el grado en que un paciente sigue las instrucciones dadas por el profesional de la salud frente al tratamiento asignado, este proceso implica la participación y compromiso directo del paciente con las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, las cuales abarcan no solo el consumo de medicamentos acordes con su enfermedad, sino también cambios en los hábitos de vida, asistencia continua a controles médicos y participación en intervenciones terapéuticas. En el caso de los diagnósticos en salud mental, el tratamiento conlleva un abordaje integral que va más allá de lo farmacológico, incluyendo la psicoterapia, la psicoeducación, el acompañamiento de un equipo interdisciplinario y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Por lo tanto, una adecuada adherencia al tratamiento no solo depende del paciente, ya que dicha condición se encuentra atravesada por una serie de factores que es necesario mencionar, como lo son: el sistema de salud, las condiciones socioeconómicas, las particularidades del tratamiento y la relación médico-paciente (Ortega et al., 2018; Puigdemont y Valverde, 2020).

En este sentido, la adherencia terapéutica va más allá de cumplir con unas indicaciones médicas, ya que esto también involucra al paciente en todo el sentido emocional, cognitivo y físico, su motivación, capacidad de comprensión y adaptación al tratamiento. Además, la psicoeducación juega un papel fundamental para lograr la adecuada adherencia al tratamiento, incluyendo los factores ya mencionados con anterioridad, cuando se cuenta con una red de apoyo eficiente y un adecuado reconocimiento del diagnóstico existe una mayor probabilidad de alcanzar la adherencia (Ortega et al., 2018; Puigdemont y Valverde, 2020).

Algunos de los comportamientos observables y aprendidos que permiten dar cuenta de una adecuada adherencia al tratamiento por parte del paciente incluyen: la asistencia de manera constante y regular a sus consultas médicas, el seguimiento del tratamiento farmacológico, la comunicación asertiva y activa con el personal de salud, la implementación de hábitos saludables y la asistencia al proceso psicoterapéutico, además de los aspectos inherentes al ser como sus creencias, emociones y experiencias de vida (Vargas, Herrera y Rocha, 2018).

Dichas conductas están mediadas por procesos de autorregulación, los cuales permiten al paciente visualizar metas realistas, mantener la conducta orientada hacia ellas, evaluar su progreso y reajustar sus acciones según las circunstancias. Esto involucra funciones como el automonitoreo, la autoevaluación y la reacción emocional frente al propio desempeño, apoyadas por mecanismos de refuerzo positivo y la percepción de autoeficacia, la

cual es entendida como la capacidad propia para sostener el tratamiento incluso ante recaídas (Vargas, Herrera y Rocha, 2018).

Por otra parte, el autocontrol consiste en elegir hacer cosas que traen beneficios a futuro en lugar de buscar satisfacciones inmediatas, es clave para mantener comportamientos saludables a lo largo del tiempo, especialmente en contextos donde pueden presentarse recaídas, rutinas desadaptativas o situaciones de estrés. Por tanto, la adherencia se fortalece cuando se entrenan habilidades específicas y estrategias como: autoeficacia, resolución de conflictos, auto refuerzo y manejo emocional las cuales permiten afrontar dificultades, reforzando así patrones conductuales saludables y sostenibles en el tiempo (Vargas, Herrera y Rocha, 2018).

2.1.3. Psicoeducación

Es una estrategia de intervención principalmente psicológica y psicosocial, que busca brindar a las personas o pacientes habilidades, recursos y conocimientos para gestionar, afrontar y comprender las dificultades que se asocian con la presencia de una enfermedad de salud mental, emocional o del comportamiento, implica un proceso de formación activa, es decir, “aprender haciendo” en donde el paciente, su familia y su red de apoyo logran desarrollar una comprensión integral de la situación que van a afrontar, no se limita solo a brindar información técnica, ya que se busca que la persona aprenda e implemente aquellos recursos que se brindan para su proceso de tratamiento (Tena, 2020; Eberhardb et al., 2020; Builes et al., 2006).

De esta forma el paciente deja de ser un receptor el cual recibe indicaciones acerca del tratamiento y se convierte en el protagonista principal, capaz de cambiar su conducta en función de su recuperación. Esta técnica integra el saber científico, la experiencia subjetiva y la práctica diaria, tiene un impacto en dimensiones fundamentales del ser como lo son: el

autoconocimiento, la autorreflexión, el autocuidado y la autodeterminación, permitiendo a la persona fortalecer su compromiso consigo mismo y con su condición de salud (Tena, 2020; Eberhardb et al., 2020; Builes et al., 2006). La psicoeducación se fundamenta en el siguiente principio: “a mayor práctica, mayor habituación”, generando así un vínculo más saludable con su entorno, cabe resaltar que la función de la psicoeducación se encuentra también basada en la prevención, ya que la adquisición de estas herramientas y habilidades permiten solventar situaciones actuales, pero también aquellas que se puedan presentar a futuro (Tena, 2020; Eberhardb et al., 2020; Builes et al., 2006).

El adecuado desarrollo de la psicoeducación favorece la adherencia al tratamiento, al generar la comprensión acerca de la situación, comprender el porqué de las intervenciones y su utilidad se reduce el estigma asociado a las enfermedades de salud mental, se promueven actitudes y comportamientos basados en evidencia y se desmienten mitos, esto le permite a la persona tomar el control de su vida, facilitando así el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico, regulación emocional, resolución de conflictos y prevención de recaídas (Tena, 2020; Eberhardb et al., 2020; Builes et al., 2006).

2.1.4. Autocuidado

Se define como un conjunto de decisiones y prácticas diarias intencionadas, que las personas llevan a cabo para proteger y mantener una salud integral, donde se busca que se reconozca la salud como un estado de equilibrio físico, emocional, social y espiritual, esto implica una responsabilidad consigo mismo que permite el fortalecimiento de la autoestima, el autoconocimiento, la autodisciplina y la resiliencia. Un adecuado autocuidado reduce la aparición de cualquier tipo de enfermedad a nivel físico o mental, es importante resaltar que en contextos hospitalarios se evidencia mayor adherencia al tratamiento y autonomía al implementar el autocuidado (Fundasil, 2022).

Existen dos niveles de autocuidado, el ***autocuidado individual*** implica todas aquellas acciones que se llevan a cabo que responden a las necesidades propias de cada persona y el ***autocuidado colectivo***, que busca el bienestar común a través de acciones compartidas que beneficien a todos como comunidad (Fundasil, 2022).

Es fundamental mencionar las CINCO (5) dimensiones del autocuidado que implican un compromiso personal en diferentes niveles:

1. ***Dimensión física:*** involucra una serie de hábitos que incluyen actividad física, una alimentación saludable, una adecuada higiene y sueño. La integración consciente de estas acciones previene la aparición de enfermedades, aunque básicas muchas veces son descuidadas (Fundasil, 2022).
2. ***Dimensión emocional:*** incluye una adecuada gestión emocional, resaltando que no existen emociones positivas o negativas, ya que todas son necesarias y es importante aprender a reconocerlas, expresarlas y regularlas para mantener un equilibrio psicoafectivo (Fundasil, 2022).
3. ***Dimensión cognitiva:*** implica el cuidado de las funciones cognitivas como la memoria, atención, pensamiento y percepción, estimulándolas a través de procesos de lectura, escritura, resolución de conflictos. Es importante reconocer a tiempo el agotamiento cognitivo para mantener el cuerpo regulado y evitar el deterioro de las funciones (Fundasil, 2022).
4. ***Dimensión social:*** incluye la interacción interpersonal de la persona, la construcción de vínculos saludables y el establecimiento de límites, esta dimensión previene situaciones de aislamiento o sobre exigencia en relaciones y promueve el sentido de pertenencia (Fundasil, 2022).
5. ***Dimensión espiritual:*** es considerada una dimensión clave para el bienestar personal, pero suele evitarse, esta se entiende como la conexión con el propósito personal, el

sentido de la vida y aquellos valores importantes para la persona. El contacto con la naturaleza y la meditación son herramientas fundamentales de esta dimensión (Fundasil, 2022).

A través de la implementación de la cartilla se buscó psicoeducar en el reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento de cuatro enfermedades de salud mental diagnosticadas a los pacientes hospitalizados de HeLi Salud, como lo son: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno neurocognitivo mayor y discapacidad intelectual, además, la cartilla se convirtió en una herramienta de autocuidado, la cual estuvo contribuyendo a la recuperación de la salud mental de los pacientes de HeLi Salud.

2.1.5. Condiciones de salud mental relevantes

A continuación, me permito remitirme a la conceptualización de las enfermedades mencionadas anteriormente y que dichos constructos teóricos se tuvieron en cuenta para desarrollar la cartilla y sistematización.

A. Esquizofrenia.

La esquizofrenia es una alteración mental compleja que afecta cómo se comporta, piensa y siente la persona que lo posee, está caracterizada por la presencia de síntomas como alucinaciones auditivas, visuales y de tacto, pensamiento desorganizado, delirios y dificultad en el funcionamiento diario. Su origen se conoce como multifactorial debido a que no existe una única causa de procedencia, este abarca factores genéticos, ambientales y neurobiológicos, así como alteraciones estructurales y funcionales en áreas del cerebro como la corteza prefrontal y el hipocampo, alteraciones en el sistema nervioso e inestabilidad emocional. Actualmente, a pesar de existir diferentes estudios alrededor de ella, son pocos los que definen o aportan datos relevantes o puntuales de su origen, es necesario aclarar que la

investigación frente a esta enfermedad aún presenta vacíos y una serie de teorías olvidadas (Ruiz et al., 2010; Gejman y Sanders, 2012; Montaña et al., 2013).

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en 3 categorías: positivos, negativos y cognitivos. Los síntomas positivos se identifican por la presencia de percepción de la realidad alterada, alucinaciones donde se escuchan o se ven cosas que no existen, delirios que generan creencias irracionales y erróneas y alteraciones de pensamiento como manifestación de ideas ilógicas y desorganizadas. Los síntomas negativos se identifican por la dificultad para manifestar emociones, presencia de afecto plano, aislamiento, falta de motivación y dificultad para realizar actividades rutinarias. Finalmente, los síntomas cognitivos implican dificultades en memoria, toma de decisiones y atención (National Institute of Mental Health, 2024).

B. Trastorno Afectivo Bipolar

Es una enfermedad mental que se caracteriza por cambios extremos en el estado de ánimo que van desde un estado de euforia intensa (manía o hipomanía) hasta la tristeza extrema o desesperanza (depresión). Estos cambios afectan la vida cotidiana, las relaciones interpersonales y el desempeño laboral. Existen diferentes tipos de trastorno bipolar: trastorno bipolar I: implica episodios maníacos y depresivos graves; trastorno bipolar II: presenta episodios depresivos alternados con hipomanía; y la ciclotimia: los síntomas persisten, pero son menos intensos. La causa exacta de esta enfermedad se desconoce, pero se han identificado factores que influyen en su origen y desarrollo, los cuales implican una combinación entre componentes neurobiológicos, genéticos y ambientales (National Institute of Mental Health, 2022; Martínez et al., 2019; Tondo, 2014).

Los síntomas del trastorno afectivo bipolar varían de acuerdo al episodio que experimente la persona. En la fase maniaca, se suelen sentir irritables, eufóricos, demasiado energéticos, con poca necesidad de dormir, presentan dificultad para concentrarse, una

autoestima elevada, pensamientos acelerados y pueden presentar conductas impulsivas o de riesgo. En la fase depresiva se identifican factores como la falta de interés en las actividades cotidianas, fatiga, dificultad para concentrarse, fatiga y en algunos casos ideación suicida. Finalmente, hay personas que pueden presentar episodios mixtos en donde se combinan los síntomas de manía y depresión que generan una gran inestabilidad emocional (National Institute of Mental Health, 2022; Martínez et al., 2019; Tondo, 2014).

C. Trastorno Neurocognitivo mayor

Es una condición que conlleva un deterioro de las funciones cognitivas como memoria, lenguaje, atención, funciones ejecutivas, percepción, habilidades motoras y orientación, afecta de manera significativa la autonomía del individuo en sus actividades diarias. Entre las principales categorías del trastorno neurocognitivo, se encuentran las de tipo vascular, por cuerpos de Lewy, frontotemporal y la enfermedad de Alzheimer, cada una de ellas se manifiesta de manera particular, posee sus causas específicas, pero todas llevan al declive de la calidad de vida de quien la padece. Su origen se asocia al deterioro estructural y funcional del cerebro, resultado de procesos vasculares, metabólicos o neurodegenerativos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Rodríguez et al., 2016).

Los síntomas varían de acuerdo a la etapa de la enfermedad y el tipo, pero a nivel general incluyen un deterioro progresivo de las funciones cognitivas, así como cambios en el comportamiento y la personalidad. En la fase inicial, los pacientes pueden percibir dificultades para encontrar palabras a la hora de expresarse y presenciar olvidos leves, en etapas más avanzadas puede disminuir la capacidad para realizar funciones básicas como alimentarse y vestirse, también puede perder la capacidad de reconocer a sus seres queridos, e incluso podrían llegar a desarrollar síntomas neuropsiquiátricos como paranoia, agitación

psicomotora severa o alucinaciones (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Rodríguez et al., 2016).

D. Discapacidad intelectual

Es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por limitaciones en la adaptación a la vida diaria y el funcionamiento intelectual. Implica una serie de dificultades referentes a la resolución de problemas, el razonamiento, el aprendizaje y también se ve afectado el desarrollo de habilidades sociales. Tiene una clasificación de cuatro categorías: leve, moderado, grave y profundo, esto de acuerdo con el grado de afectación en la autonomía y el apoyo requerido para su desarrollo en el día a día. Su origen puede ser multifactorial por causas genéticas, exposición a agentes teratogénicos, infecciones, alteraciones en el desarrollo prenatal, factores ambientales o traumatismos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2010; Campo et al., 2022; Peredo, 2016).

Las personas que desarrollan este trastorno presentan dificultad en la toma de decisiones, en la comprensión y ejecución de órdenes, no logran adaptarse fácilmente a rutinas diarias o terapéuticas, generan dependencia para desarrollar actividades básicas, pueden manifestar agitación psicomotora, respuestas emocionales intensas ante cambios en el entorno y algunos patrones de conducta desorganizados y repetitivos. Presentan dificultades en regulación emocional, falta de iniciativa y dificultades para comprender la importancia de la adherencia al tratamiento (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2010; Campo et al., 2022; Peredo, 2016).

La descripción de las condiciones de salud mental me permitió no solamente obtener bases sólidas a nivel conceptual, sino también identificar la necesidad evidente de ofrecer herramientas de fácil comprensión a los pacientes que poseen dichas condiciones. Es clave

aclarar que a partir de allí, se recopiló la información necesaria y pertinente para lograr visualizar la estructura conceptual que llevó la cartilla psicoeducativa planteada.

2.1.6. Revisión de antecedentes

Teniendo en cuenta la revisión documental realizada, considero de vital importancia la búsqueda de experiencias significativas que se hayan efectuado a propósito de la psicoeducación y la adherencia a tratamientos en el marco de la salud mental, lo que me permitirá evidenciar a continuación:

El artículo titulado: *Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares*, realizada en el año 2020 por Daniela Godoy, Andrea Eberhard, Francisca Abarca, Bárbara Acuña y Rocío Muñoz, tuvo como objetivo el analizar la psicoeducación como estrategia clave para mejorar la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social de personas con enfermedades mentales.

A manera de conclusión, esta investigación evidenció que las personas que padecen una enfermedad mental a menudo suelen sentirse discriminadas, enfrentan barreras en el acceso a la atención, lo que implica postergar sus procesos de tratamiento y aumenta la probabilidad de abandono de este. Los resultados obtenidos de esta revisión indican que la psicoeducación juega un papel fundamental en la adherencia al tratamiento terapéutico, ya que permite aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad y disminuir la posibilidad de una recaída en el paciente. Se menciona también que las intervenciones psicoeducativas son costo-efectivas, es decir, se obtiene un beneficio significativo sin la necesidad de realizar una inversión de recursos considerables. Adicional a ello, se ajustan para poder ser implementadas por diversos profesionales de la salud, que se encuentran en búsqueda de mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes (Godoy et al., 2020).

Otro de los artículos revisados, denominado *Psicoeducación en esquizofrenia*, realizada por (Zapata, et al., 2015) se preocupó por analizar el impacto de la psicoeducación en el tratamiento de la esquizofrenia, donde se evaluó la efectividad de los programas psicoeducativos en la adherencia al tratamiento, mejora en la calidad de vida y reducción de recaídas de los pacientes y sus familiares (Zapata Ospina et al., 2015).

Los datos recolectados señalan que la psicoeducación es un recurso eficaz para aumentar la comprensión de la enfermedad y potenciar la red de apoyo de los pacientes, tanto que, aquellos pacientes que participan de los programas psicoeducativos demostraron una reducción en la probabilidad de recaídas, una mayor adherencia al tratamiento y una adecuada reintegración social. En la investigación se resaltó la importancia de incluir a los familiares o red de apoyo en estos programas, para alcanzar mejores resultados terapéuticos, una disminución de síntomas asociados al cuidado y manejo del paciente y una adecuada gestión de la enfermedad. Asimismo, se encontró que la psicoeducación brinda a los cuidadores el desarrollo de estrategias efectivas, para el afrontamiento de crisis que puedan presentarse (Zapata Ospina et al., 2015).

De otro lado, en el artículo realizado por Wilmer Casasola-Rivera, y titulado, *La importancia de la psicoeducación en la intervención de personas adultas mayores con trastorno neurocognitivo leve (2024)*, se analizó el desarrollo del cerebro en la vejez, el impacto del trastorno neurocognitivo y la implementación de la psicoeducación como una herramienta para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Casasola, 2024), evidenciándose que, los adultos mayores con trastorno neurocognitivo leve afrontan retos no solo a nivel orgánico, sino también psicológico y social. Se reconoció que el desarrollo de la psicoeducación con estos pacientes mitiga el impacto del deterioro cognitivo si se proporcionan actividades y herramientas que fortalezcan la adaptación, autonomía y la participación activa en su tratamiento. Se destaca que la implementación del enfoque

psicoeducativo contribuye a la reducción del estrés y la ansiedad, tanto en pacientes como cuidadores, fomentando un mejor manejo del trastorno y permitiendo la integración social de los adultos mayores (Casasola, 2024).

Finalmente, el rastreo me llevo a encontrarme con el artículo titulado: *Discapacidad intelectual, ¿qué sabemos?*, realizada en el año 2024 por Yleana Ferrat Clark y Marta Amelia Hernández Martínez, la cual tuvo como objetivo compilar información actualizada sobre discapacidad intelectual, tipos, características y causas, entre otros aspectos de interés para los profesionales que atienden a personas con discapacidad intelectual. Allí se define la discapacidad intelectual como una condición caracterizada por una serie de limitaciones en el funcionamiento intelectual el cual abarca: razonamiento, planificación, pensamiento abstracto y resolución de problemas, también presenta limitantes en la conducta adaptativa que incluye: habilidades sociales, prácticas y conceptuales, necesarias para la vida diaria. Esta condición afecta la participación y autonomía del individuo en diferentes contextos (Ferrat y Hernandez, 2024).

Las causas de esta condición son múltiples y abarcan factores genéticos, prenatales, perinatales y postnatales, un diagnóstico oportuno permite implementar intervenciones eficaces que incluyan psicoeducación, estimulación cognitiva y el empleo de estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento, sin embargo, estas personas enfrentan una serie de desafíos que incluyen el estigma, la exclusión social y el acceso limitado a servicios de salud lo cual dificulta su proceso de recuperación, por eso es clave el acompañamiento psicoterapéutico (Ferrat y Hernandez, 2024).

La revisión sistemática de los diferentes artículos descritos anteriormente da cuenta de la efectividad de la psicoeducación en pacientes diagnosticados con enfermedades de salud mental, lo que me llevó a reforzar la idea de construir material accesible y de fácil

comprensión. Con la presente sistematización busco elevar la visibilidad de dichos estudios, con el objetivo de promover en los estudiantes de psicología y en las instituciones de salud mental; la creación de material psicoeducativo como parte del proceso psicoterapéutico de los pacientes diagnósticos, para así disminuir los índices de desinformación que presentan tanto los pacientes como los familiares frente a los diagnósticos, de esta forma contribuir a la transformación social desde la psicoeducación, obteniendo una adecuada adherencia al tratamiento, una baja probabilidad de reingresos hospitalarios y una visualización de vida más positiva e integral.

2.2 SOPORTE METODOLÓGICO

Para el óptimo abordaje del presente proyecto de sistematización de experiencias de mi práctica clínica, a continuación, se evidenciará el procedimiento o metodología implementada, dando cuenta de la formulación de los objetivos, los cuales fueron planteados dentro del proyecto, la descripción del diagnóstico de necesidades efectuado, la pregunta problema, la población, el procedimiento y finalmente los resultados obtenidos a través de la herramienta de psicoeducación.

2.2.1. Objetivo General

Diseñar una cartilla psicoeducativa enfocada en las condiciones de salud mental más prevalentes y en la promoción de la adherencia al tratamiento, dirigida a pacientes y personal asistencial de HeLi sede Subachoque para el fortalecimiento del proceso terapéutico.

2.2.2 Objetivos específicos

- Analizar las condiciones de salud mental más prevalentes en los pacientes de HeLi Subachoque, considerando su concepto, síntomas y tratamiento.

- Desarrollar una propuesta psicoeducativa estructurada en actividades y ejercicios específicos que contribuyan a mejorar la comprensión y adherencia al tratamiento de los pacientes.
- Evaluar qué cambios se presentan en la percepción del personal asistencial acerca del reconocimiento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento de los pacientes de HeLi Subachoque.

2.2.3. Diagnóstico de Necesidades y Pregunta Problema

Para identificar las necesidades presentes en Health & Life sede Subachoque, inicialmente se realizó una observación no estructurada con el fin de reconocer el contexto institucional, tener un acercamiento con la población y detectar aquellas necesidades presentes, las cuales brindaron orientación en la construcción del instrumento de recolección de datos (ANEXO 2). Cabe aclarar que el presente producto se enmarca en el enfoque cuantitativo, por lo que esta observación permitió identificar elementos contextuales relevantes para la formulación de las preguntas del cuestionario, pero no es el instrumento principal de recolección de datos dentro del diseño adoptado.

Se diseñó y aplicó un *cuestionario estructurado* utilizando la técnica de encuesta personal, la cual fue difundida a través de un grupo de WhatsApp interno y dirigido al personal asistencial de la institución, con el propósito de recolectar información objetiva, medible y estandarizada sobre las *percepciones del personal asistencial respecto al reconocimiento de los diagnósticos de salud mental y la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes hospitalizados en HeLi sede Subachoque*. Las preguntas del cuestionario se basaron en cuatro dimensiones principales: datos sociodemográficos del personal, percepción sobre el reconocimiento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento y, finalmente, disponibilidad y necesidad de material educativo. Las preguntas del instrumento fueron de

tipo cerrado con opciones de respuesta categóricas, principalmente ordinales y las categorías fueron construidas con un orden lógico que permite su análisis mediante estadística descriptiva.

El cuestionario fue diligenciado por un total de 15 profesionales de la salud que hacen parte del equipo asistencia de la sede HeLi Subachoque y quienes intervienen de forma directa y diaria en el proceso terapéutico y de acompañamiento de los pacientes hospitalizados.

En cuanto a la experiencia laboral, la mayoría del personal cuenta con más de dos años en instituciones de salud mental, lo cual aporta una perspectiva significativa respecto a las dinámicas de comprensión diagnóstica y adherencia al tratamiento de los pacientes. La participación fue voluntaria, garantizando la confidencialidad de las respuestas, esta diversidad de roles permite una visión amplia y multidisciplinaria sobre las condiciones reales de los usuarios hospitalizados y la necesidad de recursos psicoeducativos para fortalecer su proceso terapéutico.

A raíz de lo mencionado anteriormente, surgió un cuestionamiento clave, el cual se determinó tras la implementación del producto ya mencionado, dicho cuestionamiento se estructuró como la siguiente pregunta problema.

¿Cómo influye una cartilla psicoeducativa en el reconocimiento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento en los pacientes de HeLi sede Subachoque?

2.2.4. Población

La población hospitalizada en la sede HeLi Subachoque estuvo conformada por 60 pacientes, entre ellos 15 mujeres y 45 hombres, con edades que oscilaban entre los 25 y 80 años. Todos con diagnósticos de condiciones de salud mental como esquizofrenia, trastorno

bipolar, trastorno neurocognitivo mayor y discapacidad intelectual, quienes fueron remitidos para hospitalización prolongada, ya sea bajo tutela judicial o bajo criterio de psiquiatría. En cuanto a su escolaridad, los pacientes contaban con niveles educativos que van desde la básica primaria hasta el bachillerato.

Los pacientes recibían un tratamiento integral que abarcaba fisioterapia, talleres ocupacionales, psicología, psiquiatría y fonoaudiología. De acuerdo con su nivel de funcionalidad física y cognitiva, fueron distribuidos en tres grupos: el grupo verde, que reunía a los pacientes más funcionales y con mayor capacidad para comprender y seguir su tratamiento; el grupo amarillo, que presentaba un nivel intermedio de funcionamiento con algunas dificultades y el grupo rojo, que incluía a quienes enfrentan las mayores limitaciones cognitivas y físicas, lo que impactaba directamente su comprensión y adherencia a las indicaciones médicas.

También se encontraron los profesionales de salud quienes desempeñaban un papel fundamental en la atención y bienestar integral de los pacientes, este grupo estaba constituido por: jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, fonoaudiólogo, tallerista, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeuta, coordinadores, psiquiatras, farmacéuticos y médicos, quienes tuvieron disposición total sobre la cartilla de psicoeducación, como un recurso que les permitió profundizar sus conocimientos acerca de las enfermedades ya mencionadas y a partir de ello generar actividades relacionadas con la adherencia al tratamiento, lo cual permitiría orientar con mayor enfoque las terapias de los pacientes.

Finalmente cabe resaltar que, aunque los familiares y cuidadores no se encuentran frecuentemente en la sede, cumplen un rol fundamental en el apoyo y acompañamiento de los pacientes, por ende, el material psicoeducativo accesible también fue útil para ellos,

ayudándoles a comprender mejor la condición de su ser querido y facilitando la continuidad del tratamiento fuera del entorno hospitalario.

Evidenciando las características de la población, así como las necesidades encontradas y consultadas, se procedió a la creación y diseño de la *Cartilla psicoeducativa: reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento*, la cual inició también su implementación por más o menos 1 mes y arrojó resultados satisfactorios para el cumplimiento del objetivo. En el apartado de la Devolución Creativa, me detendré a describir a profundidad los hallazgos que praxeológicamente contribuyeron a la transformación social del contexto de práctica profesional.

3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EXPERIENCIA.

A lo largo de mi práctica en psicología clínica, logre generar la transformación social esperada y el impacto visualizado desde un inicio a nivel personal y profesional, ya que lo que busque siempre fue entregar lo mejor de mí como profesional y sobre todo como persona, lo cual se vio reflejado en el trabajo realizado durante los 4 meses de mi práctica y en las retroalimentaciones recibidas por parte de los miembros pertenecientes a la unidad hospitalaria (pacientes, personal asistencial y personal administrativo), allí fue agradecida toda mi entrega y tuve la oportunidad de ser invitada por los profesionales a ser parte de su equipo.

Más que satisfacción a nivel personal obtuve una serie de herramientas indispensables para mi vida profesional, esta experiencia me permitió reconocer el proceso individual de cada paciente, su historia de vida, sus emociones, sus redes de apoyo, sus herramientas de afrontamiento y sobre todo aquellas situaciones que han dejado una huella emocional importante. Evaluar cada paciente me ofreció una perspectiva mucho más amplia de manejo, ya que todos vivieron y experimentaron circunstancias únicas a lo largo de su vida y así mismo le otorgaron un sentido distinto a cada momento, percibieron sensaciones y emociones diferentes frente a su diagnóstico, esto los llevo a generar una serie de cambios a nivel personal como crear un sentido de vida y una percepción distinta de sí mismos.

Lo mencionado anteriormente se encuentra vinculado con un proceso importante desarrollado por Jerome Bruner, llamado *construcción narrativa del significado* del cual estaré hablando a lo largo de las siguientes líneas. A continuación, realizaré una descripción acerca de su significado (Mattingly et al., 2008; Bruner, 1991).

Según Jerome Bruner (1991) la mente humana opera de manera narrativa, es decir los individuos construyen realidades y le dan significado a partir de experiencias vividas donde se incluyen valores, contextos culturales y emociones (Mattingly et al., 2008; Bruner, 1991). De esta forma la narrativa no solo es una forma de comunicación, sino un medio indispensable para la estructuración de experiencias humanas, donde la persona establece su identidad, comprende su sufrimiento y se proyecta a distintas posibilidades de transformación.

Dicho esto, al encontrarme en una unidad hospitalaria de salud mental, me enfrento a que muchas de las narrativas construidas a lo largo de la vida de los pacientes, se encuentran fragmentadas por el recibimiento de un diagnóstico, es allí donde los pacientes se ven confrontados con su identidad, su pertenencia y su rol a nivel social y donde yo como practicante de psicología clínica, me convertí en una mediadora entre ese cambio de narrativas y la posibilidad de acompañar a los pacientes en el proceso de otorgar sentido a su nuevo estilo de vida, entendiéndolo así que debía orientar los acompañamientos terapéuticos a facilitar la integración de la enfermedad a sus narrativas sin suprimir el sentido de sí mismos.

Adoptando la perspectiva de Bruner, la cartilla psicoeducativa que diseñé no solo se trató de un recurso informativo, sino una herramienta narrativa y cultural, ya que, a raíz de mi experiencia de trabajo terapéutico con los pacientes, logré identificar una necesidad a la cual le doy un sentido emocional y afectivo, que me invita a transformar mi narrativa para lograr aportar al proceso de vida de cada paciente (Mattingly et al., 2008; Bruner, 1991). El diseño del instrumento buscó fomentar la reflexión personal desde el reconocimiento subjetivo de la

enfermedad y la importancia de dotar de sentido a la adherencia terapéutica, ya que a través de ella podrían integrarse de manera plena a su vida cotidiana. De esta forma es clave resaltar que la psicoeducación evoluciona a un proceso simbólico, donde el aprendizaje y la aceptación surgen de la construcción de sentido.

A raíz de los estudios realizados por Bruner frente a la construcción narrativa de significados, surge un artículo interesante desarrollado por Thomas Egnew, donde se habla acerca del enfoque narrativo para la curación de enfermedades crónicas (Egnew,2018) el cual se encuentra estrechamente relacionado con lo experimentado en la práctica clínica, allí se describe que la enfermedad por si sola ya constituye un impacto a la narrativa de la persona, que es expresada por medio del diálogo y estructurada como una historia que refleja el sufrimiento e impacto que genera en los pacientes enfrentarse a este cambio.

Como practicante tuve una labor importante en mis manos la cual consistía en acompañar a los pacientes en la edición de su narrativa frente a la enfermedad, buscando que a través de la aceptación y la resignificación se lograra trascender del sufrimiento experimentado dotándolo de un sentido diferente.

En el contexto de práctica, me situé como una profesional de acompañamiento en el proceso de construcción de nuevos significados, promoviendo la reconciliación de los pacientes consigo mismos y su trayecto de vida, al permitirle a los pacientes diagnosticados con condiciones de salud mental ser escuchados y validados a la hora de describir su historia, reconocer su diagnóstico y validar la comprensión frente a la importancia de la adherencia terapéutica, se favoreció la reorganización de narrativas más integradas lo cual desde esta perspectiva es visto como una forma de sanación de dicho sufrimiento, donde como individuos reconstruyen su historia, su identidad y adquieren una serie de habilidades simbólicas que los impulsa y proyecta a tener una vida funcional fuera de la unidad de hospitalización.

Este proceso de transformación no hubiese sido posible sin el vínculo terapéutico, emocional y afectivo establecido con cada uno de los pacientes y su participación activa en el proceso de reconocer esta nueva narrativa de manera subjetiva. Se resalta que el proceso de aceptación se apoya en la capacidad de simbolizar el malestar a través del lenguaje, la narrativa y la interacción terapéutica. Es así como el acto de narrar se convierte en un recurso para reestructurar la proyección y continuidad de vida y se refleja como una forma de resistencia al sufrimiento.

La experiencia de práctica en psicología clínica, me permitió constatar que el ejercicio profesional va más allá de la ejecución de técnicas de intervención. Ser psicóloga implica actuar desde una mirada ética y sobre todo humana que permita escuchar, comprender y acompañar el sufrimiento, desde una mirada de reconstrucción de narrativas y psicoeducación. A lo largo del proceso comprendí que la psicoeducación no es un componente aislado que se debe trabajar ocasionalmente con los pacientes, sino un recurso indispensable en el proceso de acompañamiento, ya que posibilita el autorreconocimiento, el empoderamiento y el sentido de pertenencia, lo cual favorece la comprensión de los diagnósticos que generan malestar en los individuos y promueve la adherencia terapéutica a partir de que el reconocimiento toma sentido subjetivo.

Tras involucrarme en este proceso comprendí el valor de ejercer profesionalmente desde un pilar básico y fundamental como lo es la empatía, el llegar a transformar un poco la vida de los pacientes significa mucho para mí como persona y profesional, actuar siempre bajo los lineamientos correctos desde el respeto, la escucha activa, la comunicación asertiva y sobre todo la humanización me llevo a comprender y reafirmar la importancia de ejercer siempre centrando mis habilidades y capacidades en las necesidades de los pacientes y no en su diagnóstico.

Para concluir, esta práctica significo para mí una evolución a nivel personal y profesional, ya que me brindo las herramientas necesarias y me preparó para el ejercicio profesional desde una perspectiva ética, reflexiva y de compromiso social por brindar una atención psicológica integral y de calidad. Aprendí que ser psicóloga no se basa en reducirme a la teoría, sino en la creación de espacios seguros donde los pacientes y las personas en general puedan ser escuchadas, validadas, comprendidas y se les brinden las herramientas necesarias para dar sentido a sus vidas. Finalmente, un aspecto que me queda claro y que será parte siempre de mi ejercicio como psicóloga es la psicoeducación, con este proyecto logré comprobar su importancia en los múltiples contextos de desarrollo, de esta manera se fundamenta como un pilar fundamental de una psicología que transforma, humaniza y acompaña.

4. ANÁLISIS REFLEXIVO DE MI ROL COMO PRACTICANTE.

A nivel personal el proceso de diseño y creación de la cartilla psicoeducativa fue una experiencia gratificante y a su vez desafiante, se buscó con esta herramienta facilitar la comprensión y mejorar los procesos de adherencia al tratamiento de los pacientes hospitalizados dentro de la unidad hospitalaria. Además, me permitió desarrollar habilidades como la empatía y adquirir mayor conciencia frente a los diagnósticos en salud mental, ya que estos diagnósticos, presentes en la sede, requieren de diferentes manejos, algunos pacientes son totalmente independientes y otros requieren de asistencia permanente para realizar actividades, por lo que la recopilación y adaptación de la información pertinente implicó bastante tiempo y dedicación.

La práctica en psicología clínica me permitió desarrollar los conocimientos adquiridos a través de procesos de entrevista semiestructurada, diálogos abiertos, contención emocional e intervención en crisis, lo que significó para mí una mayor apropiación y manejo de dichos procesos. De igual manera tuve que reflejar una adecuada gestión emocional frente a los diferentes casos o hechos que se presentaban, los cuales implicaban hacer uso de la escucha

activa, el reflejo emocional y la clarificación para evitar incomprensión en lo que los pacientes querían expresar.

A lo largo de mi práctica me interesé por darle prioridad a la gestión emocional de los pacientes, a través del seguimiento psicoterapéutico o cuando ellos lo requerían de manera inmediata, este acercamiento y acompañamiento con los pacientes me permitió generar un vínculo de confianza, el cual les permitía expresarse de manera libre sin prejuicios, señalamientos o rechazo hacia sus experiencias de vida, tanto así que muchos de los pacientes esperaban mi llegada para dialogar conmigo.

Conocer la vida y los procesos de cada paciente implicaba un vínculo no solo a nivel emocional, también requería de aportar algo que permitiría que su percepción o estilo de vida cambiara, es por ello que en muchos casos tuve que acudir nuevamente a la teoría, a estudios científicos y a terapias de 3 generación para ampliar mis conocimientos respecto a cada caso, esto reflejaba un interés genuino por contribuir al adecuado desarrollo de su tratamiento. Como resultado de dicha búsqueda se generó el diseño e implementación de una serie de actividades que me permitieron acercarme a esos aspectos particulares que se debían trabajar con cada uno de los pacientes, de esta manera ofrecer alternativas o las herramientas necesarias para el automanejo.

A nivel profesional destaco la importancia de actuar bajo los lineamientos éticos, ya que es fundamental resguardar el secreto profesional, pero también saber reconocer en qué momento se debe irrumpir, que es bajo las siguientes condiciones: que la vida del paciente o de un tercero se encuentre en riesgo y si una entidad judicial solicita el informe de psicología del paciente, tener claro esto para mí es lo más fundamental, así como el adecuado uso del consentimiento informado.

Por otra parte, podría decir que otro aspecto a tener en cuenta es saber establecer límites claros con los pacientes, como psicóloga en formación tengo completamente claro que debo actuar de manera ética, garantizando que el vínculo que se establece con los pacientes se debe mantener bajo un marco terapéutico de acompañamiento.

Finalmente a nivel general resalto la importancia de la psicoeducación como parte de un tratamiento eficaz, un aspecto crucial para alcanzar un adecuado reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento, esto conlleva a la implementación de materiales que logran comunicar de manera sencilla y clara los conceptos de acuerdo con las capacidades físicas y cognitivas de los pacientes y sus familiares, además, a través de estos recursos se invita al trabajo interdisciplinario el cual impacta directa y significativamente al paciente y su familia. Es importante destacar la inclusión de la familia en todo el proceso terapéutico y de hospitalización, ya que la familia contribuye al desarrollo integral del paciente en sus diferentes áreas de ajuste.

Teniendo en cuenta los aprendizajes y la experiencia que se desarrolló a partir de la práctica profesional y de la implementación de la cartilla, ha dado lugar a poder brindar algunas recomendaciones, que se puedan tener en cuenta al momento de hacer intervenciones ajustadas a la población a la cual va dirigida.

A continuación, me permito compartir algunas ideas como parte de un plan de recomendaciones teniendo en cuenta los diversos grupos vinculados en este proceso de psicoeducación:

➤ **Para el personal asistencial**

- Como parte de los procesos de integración de los pacientes a hospitalización, se recomienda incluir la cartilla dentro del protocolo de ingreso, de esta manera se facilita la comprensión del diagnóstico y tratamiento.
- Realizar seguimientos en el uso y comprensión de la cartilla por parte de los pacientes, de forma que se logre modificar o adaptar el contenido para mayor facilidad de comprensión.
- Contar con el acceso directo tanto físico como digital de la cartilla para poder utilizar el recurso de manera simultánea entre distintos profesionales.
- A través de los programas como “CUIDÁNDOTE” explorar la cartilla con los familiares incentivándolos a conocer cada uno de los diagnósticos.
- **Para futuros practicantes**
- Familiarización previa con los contenidos de la cartilla para un mayor manejo, comprender cada módulo y actividad, utilizándola conforme a los objetivos terapéuticos de cada paciente.
- Planificar de manera anticipada cada sesión, validando la funcionalidad de cada paciente y verificando que se cuenten con los recursos necesarios.
- Cuando se agoten los recursos físicos, suministrar nuevamente el material a la caja de herramientas (se encuentran en la cartilla en línea).
- Retroalimentar de manera constante a los profesionales y al equipo institucional acerca del impacto del recurso para validar la efectividad

En síntesis, esta práctica me permitió no solo generar una transformación social, sino también significó una evolución a nivel personal y profesional, los desafíos del contexto hospitalario específicamente de salud mental, el contacto directo con los pacientes y sus experiencias de vida me impulsaron a fortalecer mi compromiso con un ejercicio profesional

ético, humanizado, empático y responsable desde la psicología. Más que un periodo académico fue una serie de oportunidades para descubrir mi potencial, fortalecer mis habilidades y por supuesto reconocer el impacto de mi profesión a nivel social.

5. DEVOLUCIÓN CREATIVA.

La cartilla psicoeducativa titulada "*Reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento*", está diseñada para ser una herramienta de apoyo dentro del proceso terapéutico en contextos clínicos, está estructurada en cinco módulos donde se abordan de forma clara y comprensible los diagnósticos de salud mental más prevalentes en la sede HeLi Subacho que los cuales son: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual y un módulo específico acerca del autocuidado y su importancia. Cada uno incluye definiciones, síntomas, tratamiento, actividades individuales y grupales, además de recursos visuales, herramientas didácticas, estímulos motivacionales y reforzadores como el "cuadro de logros" y stickers.

Dentro de las instrucciones para la implementación de la cartilla se debía contar con la presencia de algún miembro del personal asistencial, con el objetivo de brindar una mayor

comprensión sobre la temática, manejo de la cartilla y poder resolver dudas en caso de que se presentaran. El desarrollo del ejercicio inicia ofreciendo a cada paciente su “cuadro de logros” el cual deberían ir llenando con los stickers asignados tras completar cada módulo.

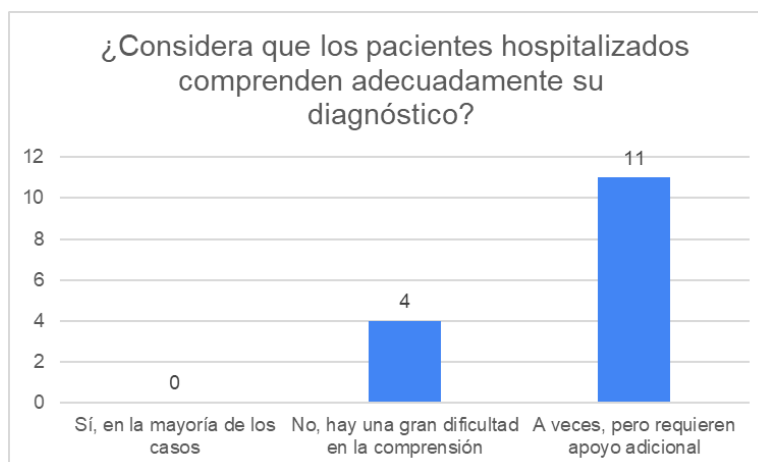
A continuación, se daba a conocer la Cartilla Psicoeducativa, explicando cuál es su objetivo y metodología, de manera secuencial se abordan cada uno de los módulos desarrollando las actividades de cada uno. Es importante aclarar que, la cartilla contiene dos tipos de actividades según el objetivo terapéutico, si se requiere que se desarrolle de manera individual hay una actividad específica y de igual manera si la implementación era para desarrollarse en grupo.

Dichas actividades permitían que los pacientes reconocieran sus síntomas, expresaran emociones, identificaran señales de alerta y fortalecieran habilidades de afrontamiento, promoviendo de esta manera un rol activo en su recuperación.

Luego de completar cada módulo se validaba que la información suministrada hubiese sido comprendida por los pacientes, se resolvían dudas y se revisaba que el cuadro de logros estuviera diligenciado - completado a cabalidad, porque inmediatamente se asignaba un “reforzador”, como por ejemplo salir a caminar por la zona verde, leer un libro o colaborar en alguna actividad que fuese de su agrado. A lo largo del proceso, se realizaba un seguimiento del avance de cada paciente, registrando logros y dificultades, lo que iba permitiendo el ajustar la intervención de manera individualizada.

Esta cartilla, más allá de informar, buscaba sensibilizar, empoderar y acompañar a los pacientes en el camino hacia la comprensión de su diagnóstico, mejorar su adherencia al tratamiento y fortalecer los vínculos con su entorno de apoyo.

A partir de la implementación de la cartilla, como lo mencioné anteriormente, se iban



realizando los debidos ajustes, además, se presentaba la oportunidad de recopilar resultados de su impacto, los cuales presentó a continuación:

Iniciando con la lectura de necesidades que dio lugar a la construcción de la cartilla, esta fue realizada a través del cuestionario estructurado al personal de salud (ANEXO 2), el cual estuvo compuesto por 10 preguntas; 3 sociodemográficas y 7 relacionadas con las variables trabajadas, dentro de los siguientes resultados se presentan 3 de las preguntas más relevantes las cuales dan cuenta de la necesidad de generar material psicoeducativo:

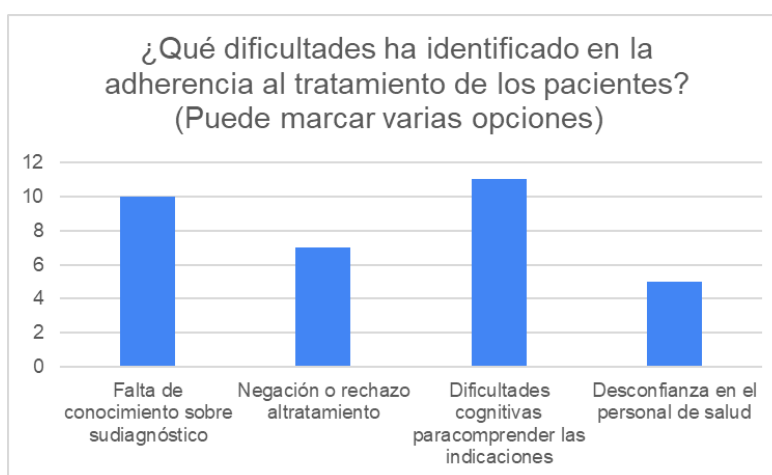
Ilustración 1

Percepción del personal asistencial sobre la comprensión del diagnóstico por parte de los pacientes hospitalizados.

De acuerdo con las respuestas obtenidas, se evidencia que el personal asistencial consideró que los pacientes no comprenden completamente su diagnóstico, ya que 11 respuestas indicaron que solo lo hacen a veces y que además requieren apoyo adicional. Cuatro de ellos señalaron que los pacientes comprenden su diagnóstico con una gran

dificultad. La ausencia de respuestas afirmativas totales evidenciaba las dificultades en la comprensión de su diagnóstico, lo que posiblemente estaba relacionado con una baja adherencia al tratamiento, reforzándose la necesidad de creación e implementación de herramientas psicoeducativas, orientadas a facilitar la comprensión y promover la adherencia al tratamiento.

Ilustración 2



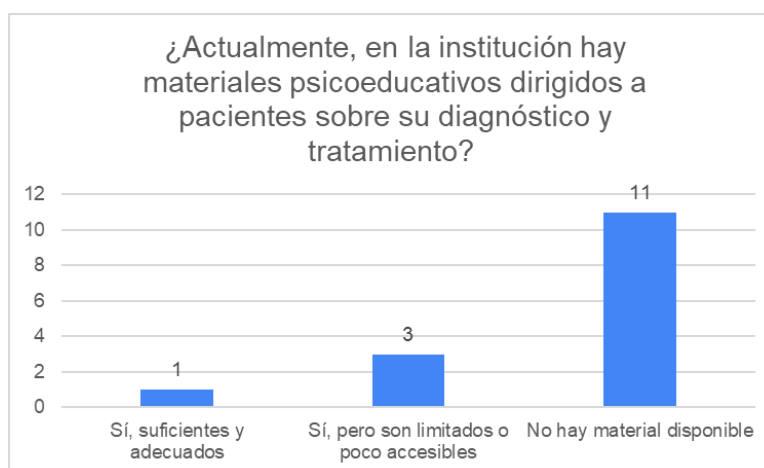
Dificultades identificadas en la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Las respuestas obtenidas indicaban que, las principales dificultades que existen para una adecuada adherencia al tratamiento, según la percepción del personal asistencial son factores relacionados con aspectos cognitivos y de conocimiento, ya que a varios de los pacientes con diagnósticos de discapacidad intelectual se les dificultaba comprender indicaciones y muchos no poseen el conocimiento necesario acerca de su diagnóstico por ende los niveles de adherencia son bajos.

La opción más señalada fue la dificultad para comprender las indicaciones (11 respuestas), luego la falta de conocimiento sobre el diagnóstico (10), seguida de la evidencia de barreras emocionales como la negación o el rechazo al tratamiento (7); ya en menor medida, la desconfianza en el personal de salud (5). Estos resultados nuevamente estaban

demostrando la importancia de intervenciones psicoeducativas claras y accesibles que llegaran a fortalecer la comprensión del proceso terapéutico y generaran mayor confianza en la relación paciente-personal asistencial.

Ilustración 3



Disponibilidad de materiales psicoeducativos en la institución.

La mayoría del personal (11) manifestó que no existe material psicoeducativo disponible en la institución, mientras que solo uno consideró que el material existente es suficiente y adecuado. Por lo tanto, una clara ausencia de recursos que apoyen el proceso de comprensión del diagnóstico y la adherencia al tratamiento, reforzaba la necesidad de implementar herramientas como la cartilla psicoeducativa, como estrategia para suplir y responder a las necesidades reales de los pacientes en contextos hospitalarios.

A continuación, se presentarán los resultados del Impacto a personal asistencial, a partir de la implementación de la cartilla:

De acuerdo con lo planteado dentro de los objetivos específicos, se implementó un cuestionario estructurado de 17 ítems a 15 profesionales, agrupados en cuatro dimensiones:

reconocimiento del diagnóstico, adherencia al tratamiento, percepción del material psicoeducativo, percepción general del cambio. Las respuestas se registraron en una escala tipo Likert, de 1 a 5, así:

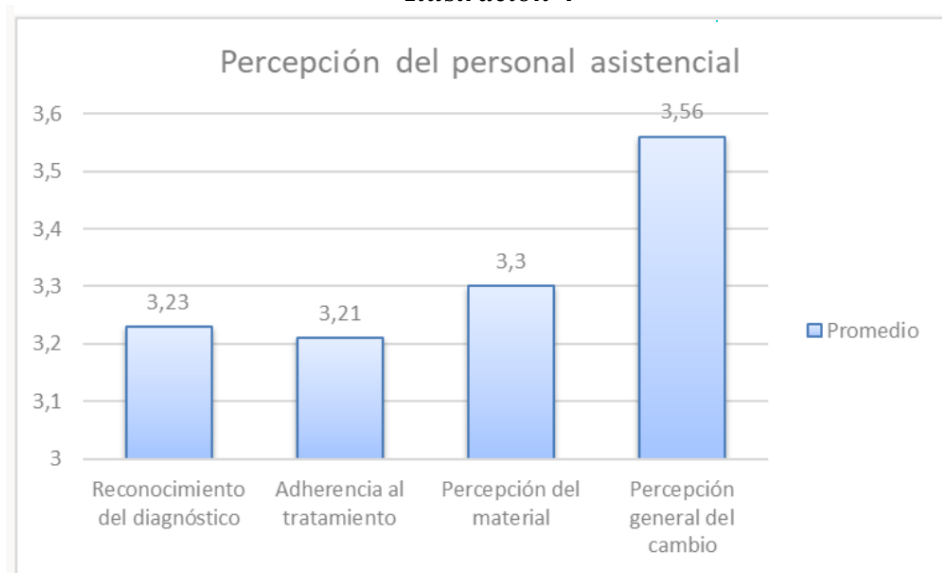
Escala de respuestas tipo Likert utilizada en el cuestionario aplicado al personal asistencial

1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Tabla 1 de creación propia.

Con la idea de valorar los cambios que se generan en la percepción de los profesionales tras la implementación de la cartilla psicoeducativa, dicho cuestionario presentó los siguientes resultados:

Ilustración 4



Percepción general del personal asistencial frente al impacto de la cartilla psicoeducativa.

Los resultados arrojaron una media de 3.33, lo que indica una percepción moderada por parte del personal asistencial respecto al impacto de la cartilla psicoeducativa planteada. Dentro de las dimensiones con mayor promedio se obtuvo que el ítem “Percepción general del cambio”, posee una media de 3.56, lo que sugiere un cambio moderado en dicha percepción, el siguiente ítem relacionado con la “Percepción del material” arrojó una media de 3.30, lo cual indica que la acogida de la cartilla por parte del personal fue significativa y la consideran como un recurso válido en el proceso de hospitalización.

El ítem “Reconocimiento del diagnóstico”, indicó una media de 3.23 lo cual es un resultado esperado de la primera intervención, ya que la unidad de hospitalización en general no contaba con material psicoeducativo físico y era la cartilla el primer acercamiento a este tipo de recurso, por lo tanto, se espera que tras la implementación continúa de esta cartilla los

niveles de percepción aumenten. Finalmente, el ítem “Adherencia al tratamiento” presentó una media de 3.21 debido al nivel moderado de percepción del reconocimiento del diagnóstico, se presenta también un nivel moderado para adherencia, ya que a mayor reconocimiento mayor adherencia y viceversa.

Las desviaciones estándar oscilaron entre 0.59 y 0.63, lo que evidencia una dispersión moderada en las respuestas y sugiere que, aunque existieron diferencias individuales, hubo una aceptación común por parte del personal sobre la efectividad de la cartilla como herramienta de apoyo clínico. Lo que demuestra que, la intervención generó un cambio perceptible en la comprensión del diagnóstico y la adherencia al tratamiento, dando cumplimiento al objetivo evaluativo y respondiendo afirmativamente a la pregunta problema planteada.

En conclusión, la implementación de la cartilla psicoeducativa obtuvo un primer impacto positivo y medible en la mejora del conocimiento, comprensión y actitudes frente a los diferentes diagnósticos de salud mental evaluados. En pacientes con esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno neurocognitivo mayor y discapacidad intelectual, se evidenciaron avances significativos en la identificación del diagnóstico, el reconocimiento de síntomas, la percepción de funcionalidad con tratamiento y la valoración de las intervenciones terapéuticas. Si bien los resultados variaron según el diagnóstico y el indicador evaluado, todos mostraron una tendencia creciente de aceptación tras la intervención, destacándose el fortalecimiento del conocimiento básico y una mejor disposición hacia el tratamiento.

En el caso del personal asistencial, los resultados indicaron una percepción moderadamente favorable respecto al material, con una media global de 3.33 en la escala Likert, lo que respalda su utilidad como herramienta clínica y formativa. Los hallazgos

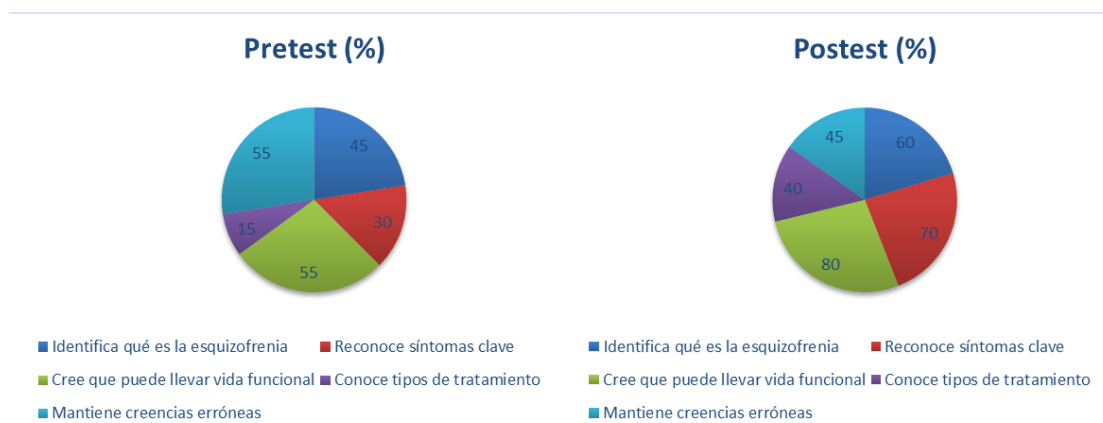
confirmaban que la cartilla es un recurso efectivo para la educación y sensibilización en salud mental, aunque algunos aspectos como la modificación de creencias erróneas o el conocimiento profundo de tratamientos, aún requieren estrategias complementarias para lograr un impacto más sostenido.

Para la recolección de datos de impacto de la implementación de la cartilla con los pacientes, se seleccionó una muestra representativa según su diagnóstico, luego de ello se implementó un cuestionario pretest para evaluar los conocimientos que poseían acerca de su diagnóstico, también como estrategia previa a la presentación e implementación de la **“cartilla psicoeducativa: reconocimiento del diagnóstico y adherencia al tratamiento”**.

Igualmente, luego de la implementación de la cartilla, se procedió a aplicar el cuestionario postest compuesto por las mismas preguntas del pretest y aplicado a los mismos pacientes seleccionados de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Resultados correspondientes al grupo de pacientes con diagnóstico de **Esquizofrenia**:

Ilustración 5



Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

La gráfica presenta una comparación entre los resultados del cuestionario pretest y el postest implementados con una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia,

con el objetivo de evaluar el impacto de la cartilla psicoeducativa en su conocimiento y comprensión del diagnóstico, se reflejan evidencias significativas en los aspectos evaluados tras la intervención. El porcentaje de pacientes que identificaban correctamente qué es la esquizofrenia, aumentó de un 45% a un 60%, lo que denotaba la capacidad de comprensión por parte de los pacientes acerca de lo que les estaba sucediendo y su diagnóstico.

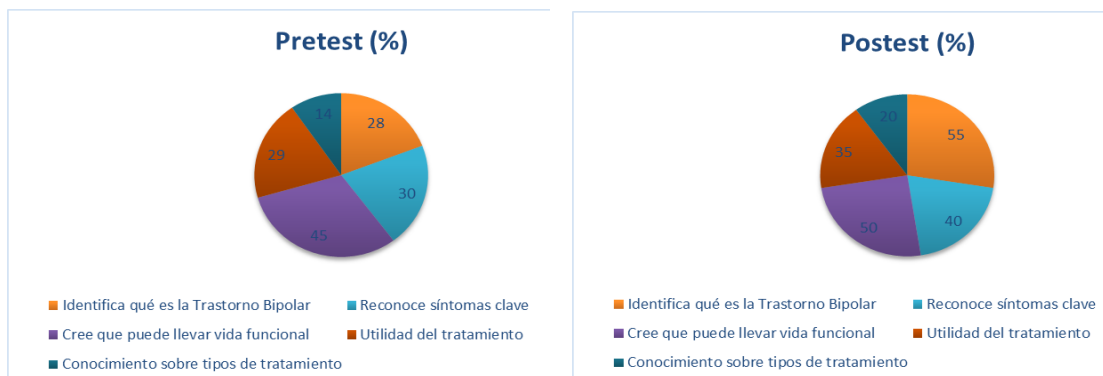
De igual manera se evidenciaban cambios importantes frente al reconocimiento de los síntomas, ya que, se evidenciaba un incremento del 40% lo que sugirió una consolidación de conocimientos puntuales y claves del trastorno. Asimismo, frente a la creencia de que es posible llevar una vida funcional con un diagnóstico de esquizofrenia mejoró de un 55% a un 80%, lo que demuestra un efecto positivo en las actitudes hacia el pronóstico y la inclusión social.

El conocimiento sobre los tipos de tratamiento también se incrementó, aunque en menor medida, pasando del 15% al 40%, indicando que, aunque hay avances, este aspecto aún requiere mayor refuerzo. Finalmente, el porcentaje de participantes que mantenían creencias erróneas con respecto a los procedimientos de intervención disminuyó de 55% a 45%, lo cual pone en evidencia la necesidad de continuar trabajando en la reducción del estigma.

En conclusión, los datos indicaban una mejora sustancial en la comprensión de la esquizofrenia y en las actitudes relacionadas tras la intervención psicoeducativa, todos los aspectos evaluados mostraron una tendencia creciente, la magnitud del cambio varió entre los ítems. Los resultados sugieren que la cartilla es una herramienta eficaz para la difusión de información esencial, aunque la modificación de creencias erróneas podría requerir estrategias complementarias para lograr un impacto mayor.

Ahora se presentan los resultados correspondientes al grupo de pacientes con diagnóstico de **Trastorno Bipolar**:

Ilustración 6



Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

La gráfica muestra los aspectos evaluados y como estos incrementan tras la aplicación de la cartilla psicoeducativa, contando con una muestra de 7 pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar. En cada uno de los indicadores evaluados, se reflejan incrementos. En cuanto a la identificación del diagnóstico se obtiene una puntuación elevada de un 28% en pretest a un 55% en postest, lo que indica un aumento significativo en la comprensión de dicho diagnóstico. Por otra parte, el reconocimiento de síntomas se elevó de un 30% a un 40% lo que refleja claridad en sintomatología, pero es necesario reforzar el conocimiento.

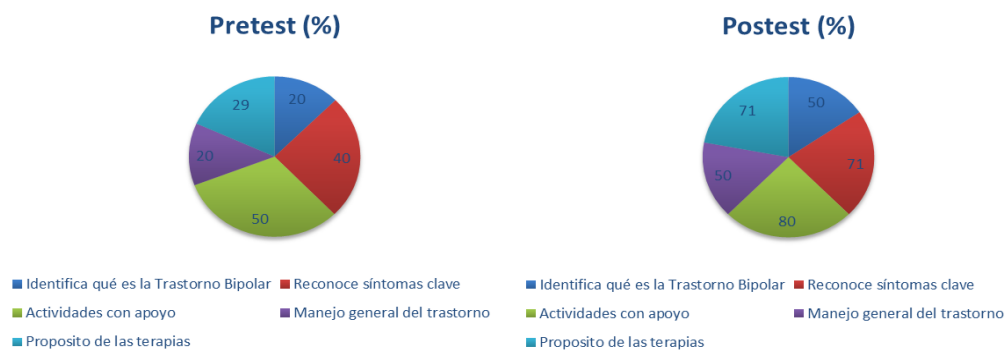
En la percepción acerca de llevar una vida funcional con tratamiento, el aumento fue del 45% a 50%, esto da cuenta de que es necesario reforzar la creencia de que se puede llevar una vida funcional con el tratamiento y acompañamiento adecuado, la percepción frente a la utilidad del tratamiento se elevó de 29% a 35% lo que implica que la intervención terapéutica tiene mayor valoración por parte de los pacientes.

Finalmente, con un cambio más moderado, se presenta el conocimiento frente a los tipos de tratamiento de 14% a 20% esto indica que se requiere una mayor intervención en este

tema. Los datos obtenidos demuestran que la cartilla tiene un impacto significativo, positivo y medible en cuanto al aporte de conocimientos acerca del trastorno.

En cuanto a los pacientes con **Trastorno Neurocognitivo Mayor**:

Ilustración 7



Comparación de resultados pretest y posttest en pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor.

La gráfica presentada responde a los datos recolectados de la muestra seleccionada de siete pacientes, con quienes a nivel general se observaron incrementos significativos en cada aspecto evaluado. En cuanto a la identificación el diagnóstico se obtuvo un pretest de 20% y un posttest del 50% lo que demuestra la consolidación de conocimientos básicos frente al trastorno, frente al reconocimiento de síntomas las respuestas variaron de 40% a 71%, reflejando un reconocimiento básico de sintomatología asociada al diagnóstico, referente a la necesidad de realizar actividades con asistencia se observó un elevado nivel, ya que inicialmente se logra un reconocimiento de dicha necesidad con un 50% y se refuerza tras la implementación de la cartilla, aumentando a un 80% lo que indica que se considera oportuna la asistencia por parte del personal de salud en el desarrollo de actividades diarias.

Frente al manejo general del trastorno, se asciende de un 20% a un 50% donde se evidencia una mejora en la percepción del auto cuidado diario. Finalmente, de un 29% a 71%

se evaluó el propósito de las terapias revelando un incremento bastante significativo, ya que los pacientes logran comprender la finalidad del proceso terapéutico y la importancia del tratamiento farmacológico y Psicosocial.

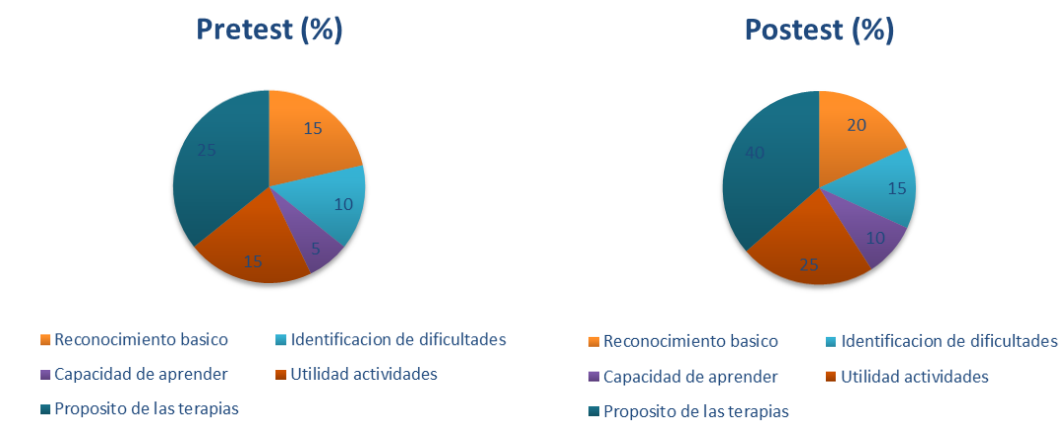
Los resultados obtenidos de la evaluación a pacientes con trastorno Neurocognitivo Mayor, al igual que los anteriores tiene unas puntuaciones elevadas y por ende un impacto positivo, tras la presentación e implementación de la cartilla Psicoeducativa, lo que sugiere y refuerza que es un recurso importante y fundamental a lo largo de la hospitalización y que su uso se debe generar de manera más frecuente.

Referente a los resultados obtenidos con el grupo de pacientes con diagnóstico de Discapacidad Intelectual, encontramos que, al hacer una comparación entre los conocimientos y percepciones de los participantes antes y después de la intervención con la cartilla psicoeducativa sobre discapacidad intelectual, este trastorno se caracteriza por limitaciones significativas en funciones cognitivas y adaptativas, por lo tanto, el reconocimiento básico de su diagnóstico aumentó ligeramente del 15% al 20%, reflejando una mejora inicial pero aún incipiente en la comprensión global del trastorno.

Ahora se presentan los resultados correspondientes al grupo de pacientes con diagnóstico de **Discapacidad Intelectual:**

Ilustración 8

Comparación de resultados pretest y postest en pacientes con diagnóstico de discapacidad



intelectual

La identificación de dificultades subió del 10% al 15%, lo que indica un mayor entendimiento de las múltiples áreas afectadas, pero que aún requiere mayor profundización. La capacidad de aprender, uno de los aspectos más afectados en esta condición, fue reconocida por un 10% de los pacientes en el postest, duplicando el 5% inicial, aunque este sigue siendo un área con bajo nivel de comprensión.

La valoración positiva sobre la utilidad de rutinas y horarios para la organización diaria mejoró de un 15% a un 25%, evidenciando un avance en la comprensión de la importancia de la estructura y apoyo ambiental. Finalmente, la utilidad de las actividades mostró el aumento más significativo, del 25% al 40%, destacando la relevancia que los participantes le atribuyen a las intervenciones funcionales y recreativas para mejorar la calidad de vida. Los resultados indican que, aunque se lograron avances positivos, la complejidad y las limitaciones propias del trastorno exigen un enfoque continuo y profundo para consolidar el aprendizaje y la sensibilización en el personal asistencial.

Los resultados del cuestionario pretest postest aplicado en general evidencian un avance significativo en cuanto a conocimientos y comprensión adquirida tras la implementación de la cartilla psicoeducativa, esta demostró ser una herramienta efectiva para

mejorar la educación y sensibilización del personal asistencial, contribuyendo a una mejor atención integral y a la humanización del cuidado en salud mental. Los resultados respaldan la utilidad de este tipo de intervenciones psicoeducativas como un primer paso para la concientización, la reducción del estigma y la promoción de una mayor comprensión.

Es clave aclarar que obtener estos resultados no fue posible sin las redes de apoyo establecidas por los pacientes, el apoyo de los profesionales de salud fue clave, los vínculos creados a través de los acompañamientos psicoterapéuticos y el acompañamiento por parte de sus familiares fueron aspectos fundamentales que aportaron al desarrollo y adquisición de dichos resultados.

Después de haber presentado los resultados que se obtuvieron con el grupo de pacientes y de profesionales colaboradores de HeLi Salud, Sede de Subachoque, a partir de la implementación de la Cartilla Psicoeducativa, puedo llegar a concluir que, el recurso suministrado facilitó la comprensión y brindó un acercamiento empático y humanizado a su diagnóstico, se generó un cambio en la percepción de sus proyectos de vida al identificar que pueden llevar una vida funcional con una adherencia al tratamiento óptima, se comprueba una vez más como la psicoeducación a través de herramientas facilita los procesos de aprendizaje, disminuye las hospitalizaciones prolongadas, aumenta la proyección de vida y sobre todo genera adherencia a los tratamientos.

Dicho esto, es fundamental aclarar que se obtuvieron resultados favorables a nivel general, con algunos aspectos y áreas que requieren de mayor compromiso en cuanto a tiempo con pacientes específicos. Es importante exponer a los pacientes de manera frecuente este recurso, con el objetivo de que los niveles de reconocimiento y adherencia terapéutica se mantengan con el tiempo, así como sus funciones físicas y cognitivas que también son estimuladas a través de la herramienta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvear, M. y Sandoval, I. (2024). Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión

Sistemática. *Revista Colombiana de*

Psiquiatría, 53 (2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192

2. Bareiro, J. (2017). Consideraciones éticas en torno al uso del diagnóstico en salud mental: aportes de la “pequeña ética” de P. Ricoeur. *Anuario de Investigaciones*.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/75364>
3. Builes, M., y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000400003&script=sci_arttext
4. Bruner, J., Linaza, J., y Gomez, J. (1991). *Actos de significado* (1st ed.). Alianza Editorial, S. A. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24926w/Actos-de-significado>
5. Campo, A., Hernández, A., Pérez, A., Toledo, C., y Fernández, A. (2022). Discapacidad intelectual. *Sociedad Española de Neurología Pediátrica*, 1, 51-64. <https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/0cad800310780d1a725d368216b52d7a.pdf>
6. Casasola, W. (2024). La importancia de la psicoeducación en la intervención de personas adultas mayores con trastorno neurocognitivo leve. *Revista Costarricense de Psicología*, 43 (1), 1-13.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132024000100007

7. De las cuevas, C. y Sanz, E. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 25-30. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>
8. Egnew, T. (2018). A Narrative Approach to Healing Chronic Illness. *Annals of Family Medicine*, 16, 160-165. <https://www.annfammed.org/content/16/2/160>
9. Esparza, F. (2011). La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales. *Dialnet*, 49, 262-269. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111520>
10. Ferrat, Y., & Hernandez, M. (2024). Discapacidad intelectual, ¿qué sabemos? *Acta Médica del Centro*, 18(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272024000100016
11. Fernandez, M. (2010). Relación entre la conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la vida diaria. *Dialnet*, 8, 3-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3823361>
12. Fundasil. (2022). Manual de Autocuidado. UNICEF. extensión-cromo://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
13. Gejman, P., y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3). https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s0025-76802012000300007&script=sci_arttext
14. Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

15. Gómez, C. (2019). *Determinantes sociales asociados a la valoración y el autorreconocimiento de problemas y trastornos mentales en la población colombiana* [Tesis doctoral inédita]. Universidad Nacional de Colombia.
16. Health & Life IPS [HeLi]. (2025). *Misión y Visión*. <https://healthlifeips.com/nosotros-2/>
Consultado en 26 de agosto de 2025.
17. Hurtado, C. (2006). El conductismo y algunas implicaciones de lo que significa ser conductista hoy. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200012.
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2010). *Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con discapacidad cognitiva* (1ª ed.) <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla-cognitiva-7.pdf>.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). *Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. IMSS-144-08.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
20. Mattingly, C., Lutkehaus, N., y Throop, C. (2008). Bruner's Search for Meaning: A Conversation between Psychology and Anthropology. *ETHOS*, 36, 1-28. <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-1352.2008.00001.x>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia)*

(Adopción) (Guía No. 61).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-demencia-completa.pdf>.

22. Montaña, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos una revisión teórica. *Dialnet*, 4(1).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>

23. National Institute of Mental Health (NIMH).

(2024). *Esquizofrenia*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>

24. National Institute of Mental Health (NIMH). (2022). *Trastorno bipolar*.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar>

25. Ortega, J., Sanchez, D., Rodriguez, O., y Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

26. Peredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica*.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007

27. Puigdemont, N., y Valverde, M. (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 59(4).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251

28. Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Red de Revistas Científicas de*

América Latina, el Caribe, España y Portugal, 8(2), 251-257.

<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

29. Rodas, R. (2009). *Análisis Conductual Aplicado*. Universidad de Manizales.

https://www.researchgate.net/publication/292137272_Analisis_conductual_aplicado

30. Rodríguez T., Alarcón R. y Vizcarra D. (2016). Salud mental en adultos mayores:

principales trastornos neurocognitivos, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de*

Medicina Experimental y Salud

Pública, 33(2). <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211>

31. Romero, C. (2012). Fundamentos epistemológicos del conductismo: de la causalidad

moderna hacia el pragmatismo. *Revista Iberoamérica de psicología: ciencia y*

tecnología, 5(2), 41-48. <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.5203>

32. Ruiz, J., De la vega, D. y Sánchez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la

Esquizofrenia. *Clínica y*

Salud, 21 (3). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004)

[52742010000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004)

33. Tena, F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científico Sanitaria*, 4(3), 36-45.

[https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-](https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a5.pdf)

[PDF/sanum_v4_n3_a5.pdf](https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a5.pdf)

34. Vargas, Herrera, & Rocha. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la

adherencia al tratamiento. *Acta Medica colombiana*, 43(1).

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482018000100037)

[24482018000100037](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482018000100037)

35. Zapata J., Rangel A., y García J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (3), 143-149. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015000396>

ANEXOS

ANEXO 1. Aval de Health & Life IPS



Bogotá D.C., 21 de mayo de 2025

Señores
IPS HEALTH AND LIFE (HeLi)
Bogotá

Solicitud Aval para realizar la Sistematización como Opción de Grado

Respetados señores,

Por medio de la presente me permito solicitar su autorización para llevar a cabo mi proyecto de opción de grado, el cual desarrollaré bajo la modalidad de Sistematización de Experiencias, tomando como base mi Práctica Profesional o Experiencia Social en su institución durante el periodo académico 2025-1. Este proyecto constituye un requisito académico para optar al título de Psicóloga(o) en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Sede Principal.

En el marco de esta sistematización, adelantaré dentro de la institución actividades como la recolección de información relacionada con la implementación de la cartilla, así como la aplicación de encuestas y la realización de entrevistas.

Me comprometo a que todas las actividades mencionadas serán desarrolladas con fines estrictamente pedagógicos y educativos, en concordancia con los lineamientos del proyecto de grado, y al finalizar el proceso compartiré con la institución los hallazgos más relevantes obtenidos.

Cabe destacar que contaré con la orientación de la docente María Fernanda Jiménez Fetecua, quien actuará como directora y tutora del proyecto durante todo el proceso de sistematización.

Agradezco su atención y quedo atenta a su respuesta.

Cordialmente,





Yurany Andrea Pulido Casas
Estudiante Programa de Psicología
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Yurany.pulido-c@uniminuto.edu.co





María Camila Muñoz Suescun
Lider proceso Educacion Heli Salud IPS

ANEXO 2. Cuestionario Personal Asistencial




Sección 1 de 2

Diagnóstico de necesidades sobre adherencia al tratamiento y reconocimiento del diagnóstico en Salud Mental

B *I* U  

Tiene como propósito la recolección de información de la sede, que permita identificar las necesidades específicas de los pacientes hospitalizados con Esquizofrenia, Discapacidad Intelectual, trastorno bipolar y Trastorno Neurocognitivo Mayor. Este proceso estará orientado a determinar los vacíos existentes en la comprensión de los diagnósticos y en la adherencia al tratamiento, con el objetivo de desarrollar una cartilla psicoeducativa que sirva como herramienta práctica para mejorar la comunicación, facilitar la comprensión del diagnóstico y fomentar el cumplimiento del tratamiento.

Fecha

Mes, día, año 

¿Cómo te llamas? *

Texto de respuesta corta

Profesión

- Auxiliar de enfermería
- Jefe de enfermería
- Fonoaudiologo/a
- Tallerista
- Trabajador/a social
- Psicologo/a
- Fisioterapeuta
- Coordinador/a
- Psiquiatra
- Farmacia
- Medicos/doctores

Años de experiencia en atención a pacientes con enfermedades de salud mental:

- Menos de 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- Más de 6 años

¿Considera que los pacientes hospitalizados comprenden adecuadamente su diagnóstico?

- Sí, en la mayoría de los casos
- A veces, pero requieren apoyo adicional
- No, hay una gran dificultad en la comprensión

¿Los pacientes siguen correctamente su tratamiento médico y terapéutico?

- Sí, la mayoría
- A veces, pero con dificultades
- No, frecuentemente hay resistencia

¿Cree que los pacientes hospitalizados necesitan material psicoeducativo accesible sobre su enfermedad y tratamiento?

- Sí, sería de gran ayuda
- Puede ser útil, pero depende del paciente
- No lo considero necesario

¿Actualmente, en la institución hay materiales psicoeducativos dirigidos a pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento?

- Sí, suficientes y adecuados
- Sí, pero son limitados o poco accesibles
- No hay material disponible

¿Qué estrategias se han implementado para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes?

- Charlas y sesiones psicoeducativas
- Acompañamiento individualizado
- Material informativo (folletos, guías, videos)
- No se han implementado estrategias específicas

¿Qué dificultades ha identificado en la adherencia al tratamiento de los pacientes? (Puede marcar varias opciones)

- Falta de conocimiento sobre su diagnóstico
- Negación o rechazo al tratamiento
- Dificultades cognitivas para comprender las indicaciones
- Desconfianza en el personal de salud

¿Cree que una cartilla psicoeducativa con ilustraciones y actividades prácticas mejoraría la comprensión del diagnóstico y el seguimiento del tratamiento en los pacientes?

- Sí, sería una herramienta útil
- Tal vez, si está bien diseñada
- No creo que tenga un impacto significativo

ANEXO 3. Cartilla psicoeducativa

https://www.canva.com/design/DAG1c_8AU4/JiFfGcBIPjcyxw1YPrUh1A/edit?utm_content=DAG1c_8AU4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebut
to



01 ESQUIZOFRENIA



1

02 TRASTORNO BIPOLAR



12

03 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR



23