



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS  
BENEFICIARIOS DE LA DIRECCIÓN DE  
REINCORPORACIÓN SOCIAL POR EL  
EMPLEO DE LA SECRETARÍA DE  
SEGURIDAD PÚBLICA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

**PRESENTA:**  
OLIVIA GARDUÑO VÁZQUEZ

DIRECTORA: LIDIA DÍAZ SANJUAN



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE DE 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Muchas gracias:

A mis papás, familia y amigos, por su apoyo incondicional e ilimitado;

Al equipo administrativo del SUA, en especial a María de Lourdes Trejo Santana, por toda su ayuda y orientación;

A mis profesores, en especial a Karina Torres Maldonado, quien me "orilló" a tomar excelentes decisiones;

A Cristina Basurto Sánchez y al equipo de psicología y Trabajo Social de la Subdirección de Asistencia Social a Liberados por compartirme conocimientos y contagiarme de su paciencia y entrega para ofrecer una opción de vida diferente a los beneficiarios;

A Lidia Díaz SanJuan, Araceli Mendoza Ibarrola, Laura Somarriba Rocha, Cecilia Montes Medina y Noemí Barragán Torres, por su tiempo y ayuda en la realización de este trabajo.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	2
II. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.....	4
Antecedentes.....	5
Estructura Organizacional y Objetivos.....	7
Población.....	9
Instalaciones y Derivación.....	11
III. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	13
Estudios Psicológicos.....	14
Talleres.....	16
Orientación Psicológica.....	21
IV. DETERMINAR OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	28
V. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	31
Método Científico y Método Clínico.....	32
Método Clínico en la Psicología.....	35
Procedimiento del Método Clínico.....	37
Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	54
VI. RESULTADOS OBTENIDOS.....	57
VII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	62
VIII. REFERENCIAS.....	68
IX. ANEXOS.....	72
Anexo 1.....	73
Anexo 2.....	79
Anexo 3.....	83
Anexo 4.....	84
Anexo 5.....	85
Anexo 6.....	86

## **RESUMEN**

El presente Informe Profesional de Servicio Social describe las actividades realizadas durante la prestación del servicio en la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo de la Secretaría de Seguridad Pública.

Dentro de esta Dirección, se ofrecen diferentes servicios a los individuos con el beneficio de preliberación o liberados del fuero federal y sus familiares, dirigidos a proveerles herramientas y elementos para lograr una adecuada reinserción a la sociedad, evitando la reincidencia.

Las actividades que realicé, como parte del equipo de psicología de la Subdirección de Asistencia Social a Liberados, fue apoyar en la elaboración de estudios psicológicos, realizando entrevistas iniciales, aplicando y calificando pruebas psicométricas, buscando, por medio del método clínico, obtener un diagnóstico para evaluar la idoneidad de los beneficiarios para canalizarlos a fuentes de empleo o capacitación para el empleo, así como para generar un plan de trabajo de orientación psicológica. Participé en la impartición de talleres psicoeducativos que se ofrecen a todos los beneficiarios. Así mismo, fungí como co-terapeuta en el tratamiento psicológico de dos beneficiarias.

Durante la impartición de servicio pude reforzar y obtener muchas habilidades y conocimientos importantes para el trabajo clínico con pacientes, así como adquirir una mayor experiencia con una población con rasgos antisociales y la problemática a la que se enfrentan hacia un cambio de vida.

En este informe se presenta la sugerencia de implementar una herramienta de formulación de casos y diseño de tratamiento en el que se establezcan metas claras de la atención psicológica, que ayude a mejorar la supervisión de cada caso, en el alta y seguimiento de expediente, por parte del Consejo Técnico de la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo.

**Palabras clave:** método clínico, entrevista, reinserción.

**I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE  
SERVICIO SOCIAL**

La Dirección General de Instituciones Abiertas, Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública tiene como misión implementar estrategias integrales que involucren la participación activa de los sectores público, privado y social, a fin de prevenir la delincuencia, readaptar a los internos y reincorporar a la sociedad a las personas que obtienen su libertad, como parte de la protección y preservación de los intereses colectivos.

Esta dirección se divide en dos subdirecciones: la Subdirección de Promoción del Empleo y Capacitación Laboral a Liberados, encargada de establecer acuerdos con centros de capacitación, obtener ofertas de vacantes laborales y otros apoyos, así como de ofrecer la asesoría jurídica a los beneficiarios; y la Subdirección de Asistencia Social a Liberados, en la cual se coordinan los apoyos ofrecidos a los beneficiarios, por parte del Departamento de Evaluación Asistencial y Seguimiento los cuales incluyen: espacios de trabajo en empresas privadas, canalización y becas para capacitación en instituciones educativas oficiales y certificadas, canalización y asesoría en educación de nivel básico a licenciatura, derivación a servicios de salud, asistencia social en general, asesoría jurídica, talleres psicoeducativos y atención psicológica; estos dos últimos ofrecidos por el Departamento de Atención Psicológica y Jurídica.

**II. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL  
PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL  
SERVICIO SOCIAL**

## **Antecedentes**

Como se menciona en el Manual de Organización Específico de la Dirección General de Instituciones Abiertas, Prevención y Readaptación (2003), en México, la atención a liberados por mucho tiempo estuvo a cargo de grupos religiosos o personas voluntarias con un sentido altruista que ocasionalmente ayudaban al ex-reo.

Las reformas introducidas al Sistema de Impartición de Justicia, con la Promulgación del Código Penal Federal y de Procedimientos Penales para el Distrito Federal en 1931, consideran la libertad preparatoria y la libertad condicional como medios para la readaptación social de los infractores, por lo que en 1934 se crea el Patronato para Reos Liberados. Esto permite la publicación del Reglamento respectivo, en el que sólo se contempla la participación de los representantes del sector gubernamental, constituyéndose formalmente el 28 de enero de 1961.

Es en la administración del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) que la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social avanza en tres líneas: la prevención de conductas antisociales y delictivas; la readaptación de los adultos delincuentes y menores infractores; y la reincorporación a la sociedad de los presos.

En la administración del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000), las metas sustantivas en materia de prevención y readaptación social incluyeron dirigir, ejecutar y vigilar técnicamente la prevención y readaptación, así como otorgar y revocar las libertades anticipadas de los reos y desarrollar programas de prevención y readaptación social.

El 6 de mayo de 2002 se publica el Reglamento del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación social, el cual señala en el Artículo 16 sus atribuciones. A continuación se listan las referentes a la readaptación social de los sentenciados:

VII Establecer y operar un sistema para la identificación de sentenciados del fuero federal con algún beneficio de libertad anticipada, prelibertad, sustitutivos penales o condena condicional;

VIII Supervisar la realización de visitas domiciliarias a quienes gozan de algún beneficio de libertad anticipada para determinar la observancia de las medidas de seguimiento en externación, evitar la reincidencia y constatar la efectiva reincorporación al medio social;

IX Establecer y gestionar las medidas necesarias para la reincorporación social y prevención de conductas antisociales ante los sectores público, privado y social;

X Proponer políticas y estrategias uniformes en materia de reincorporación social a nivel nacional;

XII Determinar las necesidades de apoyo para la reincorporación social de los prospectos a obtener algún beneficio de libertad anticipada;

XIII Otorgar los apoyos asistenciales a los liberados, externados y sus familiares para su reincorporación social;

XV Proporcionar servicios de asesoría jurídica y apoyo psicológico a los liberados, externados y sus familiares para favorecer su reincorporación social;

XVI Promover la utilización de la mano de obra de los internos sentenciados con instituciones y organismos de los sectores público, privado y social;

XVII Fomentar y orientar, con los sectores que corresponda, la participación de las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios, en programas de educación formal y no formal, a todos los niveles, y de producción laboral, que coadyuven en el proceso de readaptación social y que permitan al interno obtener ingresos.

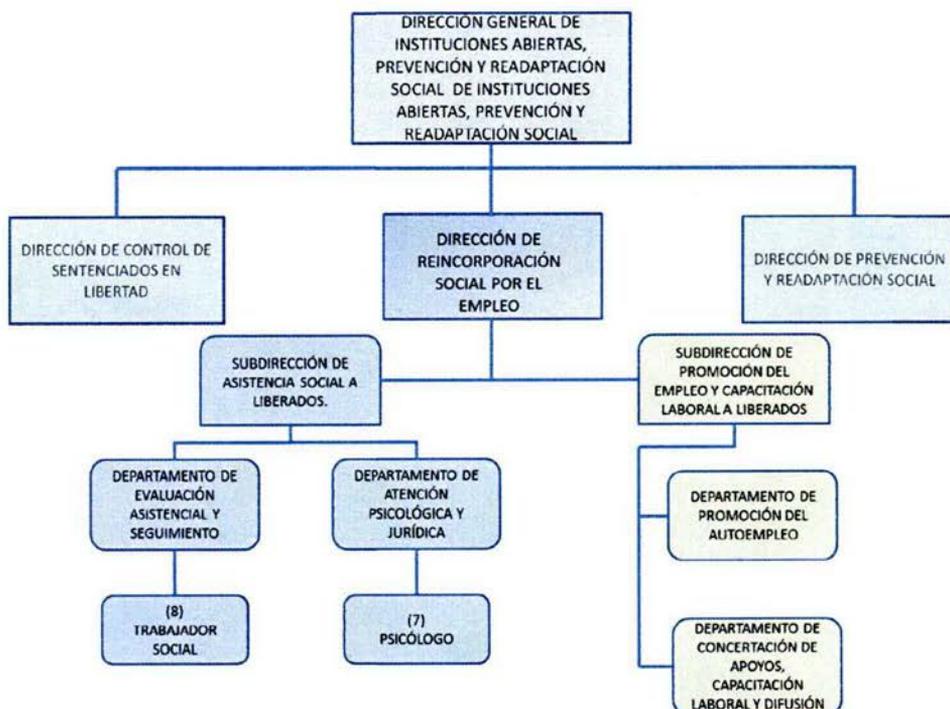
En la Estrategia Penitenciaria 2008-2012, se consideró que la solución a la sobrepoblación del sistema penitenciario tiene que ver no sólo con la creación de más instalaciones penitenciarias, sino también con la optimización de la infraestructura existente, la aplicación de penas alternativas a la prisión y reducción del uso de prisión preventiva por la aplicación de mecanismos más ágiles de impartición de justicia. Así mismo contempla que el perfil del sentenciado es mayoritariamente de baja peligrosidad: primodelincuentes, delitos no graves, no violentos. Este perfil es el que más puede beneficiarse de los programas de reinserción (Secretaría de Seguridad Pública, 2008).

Por lo anterior, en los últimos años, se le ha dado tanto un mayor empuje a darles el beneficio de la libertad condicionada o preliberación a los sentenciados de baja peligrosidad, como a una mayor inversión en los programas de preparación a la liberación a los internos, y a los programas de reincorporación para los preliberados, liberados y familiares.

Actualmente todos los servicios son gratuitos y son otorgados por la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo de la Dirección General de Instituciones Abiertas, Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública. Estos servicios se limitan a los sentenciados adultos de un delito del fuero federal, en libertad o preliberados, es decir, en libertad condicional, y a sus familiares con quienes comparten vivienda.

### **Estructura Organizacional y Objetivos**

Esta dirección se divide organizacionalmente de la siguiente manera:



El Objetivo de la Dirección de Prevención y Readaptación Social es coordinar, con la Entidades Federativas, Distrito Federal, los Municipios e instituciones públicas, privadas y sociales, las acciones tendientes a prevenir la comisión de conductas delictivas, promover la readaptación social de los internos, sentenciados federales, y la política penitenciaria emanada de la Prevención y Readaptación Social, con el objeto de cumplir con las premisas fundamentales de educación, capacitación y trabajo. A su vez, la Dirección de Reinserción Social por el Empleo enuncia como su objetivo el orientar institucionalmente a los liberados del fuero federal y externados de los Centros Menores para su reincorporación en los ámbitos social, familiar y laboral, con el objeto de prevenir su reincidencia en conductas delictivas cuyos efectos representan el bienestar y la seguridad de la sociedad en su conjunto, que permitan incorporarlos al desarrollo del país (Secretaría de Seguridad Públicas, 2012).

La Subdirección de Asistencia Social a Liberados apoya a los objetivos anteriormente mencionados al analizar, clasificar y detectar oportunamente las necesidades de los liberados del fuero federal, externados y sus familiares, con el propósito de determinar el tipo de asistencia que requieren para su adecuada reincorporación a la sociedad.

El servicio social fue prestado en el Departamento de Atención Psicológica y Jurídica, departamento que actualmente se limita a prestar servicios de índole psicológicos aunque no se ha modificado el nombre para reflejar esto. Estos servicios son principalmente realizar evaluaciones psicológicas a los beneficiarios a fin de dar los elementos necesarios al área correspondiente para la adecuada canalización a empleo, capacitación y servicios educativos entre otros, proveer una orientación psicológica a los beneficiarios con la finalidad de dar atención a las necesidades emocionales que presenten, así como impartir talleres psicoeducativos que puedan orientar a los beneficiarios en temas específicos y, al ser una actividad obligatoria para todos los preliberados, que sirven como introducción a los servicios que la Subdirección de Asistencia Social a Liberados provee.

## **Población**

En la Subdirección de Asistencia Social a Liberados se atiende a adultos, que hayan sido sentenciados por algún delito del fuero federal. Siendo estos delitos aquellos que afectan la salud, la economía y en general la seguridad del país o los intereses de la federación; como puede ser su estructura, organización, funcionamiento y patrimonio. Entre estos delitos se encuentran los ataques a las vías generales de comunicación, el contrabando, defraudación fiscal, delitos ecológicos, narcotráfico y otros delitos contra la salud, portación ilegal de armas de fuego, reproducción ilegal de audio y video cassettes, robo de bienes de la nación, lavado de dinero, tráfico de personas, delitos electorales. Los beneficiarios pueden encontrarse actualmente liberados (han cumplido su sentencia en su totalidad) o preliberados (han obtenido el beneficio de la libertad condicional o sentencia sustitutiva). Así mismo se da atención a los familiares directos (que vivan en la misma casa que ellos) de las personas anteriormente mencionadas.

Se llevó a cabo una revisión de los expedientes activos durante 2011, tomando la información registrada en las entrevistas iniciales realizadas tanto por el equipo de psicología como de trabajo social, para conocer algunas características de los sentenciados. La información de esta revisión se incluye en este informe como Anexo 1. A continuación se mencionan los aspectos más relevantes:

Del total de la muestra el 97% de ellos tienen el estatus de preliberados, esto es, deben de cumplir con algunas condiciones por un tiempo determinado antes de que se considere como completa su condena. Así mismo el 87.2% son primodelincuentes.

La mayoría de los beneficiarios principales son hombres, representando un 88.4% de la muestra y el rango de edad de mayor frecuencia es de 18-34 años, siendo el 66.3%, seguido del rango de 35-54 años que es de 31.4%.

El mayor grado de estudios que han obtenido los beneficiarios es de secundaria en su mayoría, seguido de primaria, en un porcentaje de 51.2 y 20.9 correspondientemente. Solamente el 10.5% de la muestra ha concluido sus estudios a nivel profesional.

De las personas atendidas por el área de psicología, el 45.3% nunca ha estado casado, y el 40.7% forma parte de una pareja formal (casado o unión libre).

El 45.3% de la muestra obtienen sus ingresos por medio de la realización de algún oficio y el 44.2% se encuentra desempleada. El 4.7% se desenvuelve laboralmente realizando actividades profesionales.

El lugar de residencia de los beneficiarios, en el momento de la entrevista inicial, es del 62.8% en alguna Delegación del Distrito Federal y 30.2% en el Estado de México. El 87.2% distingue su zona como urbana y sólo el 2.3% declara vivir en zona rural.

Los beneficiarios, al momento de la entrevista inicial comparten que el 77.9% no sufren de alguna enfermedad. Esta población es atendida principalmente por el Seguro Popular y médicos particulares. El 79.1% consume alguna sustancia psicoactiva, el 52.3% comenzaron a consumir entre los 16 y 35 años y el 23.3% antes de este rango. Solamente el 34.9% de la muestra total ha recibido atención profesional ante su problema de consumo.

El 39.5% de los beneficiarios viven con su familia de origen, el 27.9% viven con su familia nuclear y el 20.9% con familia extensa. El 52.3% del total de la muestra reporta tener hijos.

Al pedirles que califiquen la comunicación que se presenta en su familia, el 37.2% la califica como asertiva, 55.8% como superficial y el 7% como agresiva. En cuanto a tipo de límites que se establecen en su casa, el 66.3% los califica como difusos, 2.3% como rígidos y 31.4% como firmes o claros. El tipo de autoridad la considera el 36% como firme y flexible, mientras que el 33.7% como incongruente e inconsistente.

El 66.3%, describe su nivel socioeconómico familiar como proletario, y el 32.6% lo describe como medio.

A valoración de los psicólogos que entrevistaron a estos beneficiarios, el 37.2% tiene baja tolerancia a la frustración y el 37.2% una tolerancia media. Se evaluó que cuentan con un control de impulso medio al 39.5% de la muestra y al 34.9% con uno bajo. El 55.8% de los beneficiarios reportan haber recibido atención psicológica previa.

Cada beneficiario, ya sea sentenciado o familiar, tiene una concepción particular de por qué están en esta situación, y diferentes niveles de motivación para realizar cambios en su vida, sin embargo la intención más palpable de todos es no volver a un estado de reclusión o a un proceso judicial de ninguna índole; objetivo compartido por el equipo de esta Subdirección.

Se puede decir que, aunque las necesidades expresadas por cada uno son diferentes, dependiendo de la situación económica en la que se encuentren, sus ambiciones educativas o laborales, su salud física y consumo de sustancias, las que expresan en común son: 1) ayuda para aceptar que su vida ha cambiado ya sea por el tiempo que estuvieron internos o por el proceso legal en el que están inmersos, dejando a un lado los sentimientos y pensamientos negativos que esta situación les genera; 2) apoyo para definir qué tanto de esta situación afecta su autoconcepto, buscando rescatar los aprendizajes y fortalecer su capacidad de autoconocimiento y autoaceptación; y, 3) encontrar un camino o estilo de vida, con acciones definidas, que minimice sus probabilidades de volver a ser procesados judicialmente.

### **Instalaciones y Derivación**

Al inicio de la prestación del servicio social, y desde 2009, la Dirección General de Instituciones Abiertas, Prevención y Readaptación Social otorgaba sus servicios en un edificio ubicado en la calle de Xola número 324 en la colonia del Valle de la delegación Benito Juárez en la Ciudad de México.

En este edificio se llevaba a cabo los siguientes procedimientos: Recibir a los preliberados y al aval moral de cada uno, que se presentan en la Dirección de Control de Sentenciados en Libertad para, por medio de su firma, aceptar que están cumpliendo con las condiciones impuestas por el juez para su externamiento. Desde su primera presentación y en cada firma, el trabajador social asignado al seguimiento de cada preliberado le informa de la obligatoriedad de asistir a uno de los talleres ofrecidos por la Subdirección de Asistencia Social a Liberados, así como le señala los servicios que ofrece esta misma Subdirección, de los que pueden beneficiarse ellos y sus familiares directos. Es por medio de esta derivación que los

sentenciados en libertad condicional asisten a los talleres psicoeducativos referidos, y en los cuales se les vuelven a ofrecer el resto de los servicios de la Subdirección; aun cuando, como se mencionó anteriormente, son beneficiarios de estos servicios todos los sentenciados a delitos del fuero federal que sean preliberados o liberados y sus familiares, la gran mayoría de las personas atendidas asisten debido a la derivación mencionada.

Durante el mes de junio de 2012 se comunicó al personal de la Secretaría que laboraba en este edificio, que se trasladarían las actividades a otro edificio. A partir del 25 de junio estos servicios se imparten en las instalaciones que se encuentran en Calzada de Tlalpan número 2962 en la colonia Espartaco de la delegación Coyoacán. Debido a este cambio se redujeron, en un inicio, el número de beneficiarios que asisten tanto a los talleres como a las sesiones de orientación psicológica debido, a su decir, a la mayor distancia que deben recorrer la mayor parte de los beneficiarios, sin embargo el diseño de las nuevas instalaciones permite dar un mejor servicio a las personas atendidas.

### **III. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

Las responsabilidades del Departamento de Atención Psicológica y Jurídica son tres: realizar valoraciones psicológicas de los beneficiarios, impartir talleres y dar orientación psicológica a los beneficiarios. En la prestación del servicio social se participó en las actividades que se realizan para cumplir con las responsabilidades mencionadas de la siguiente manera:

### **Estudios Psicológicos**

El equipo de psicología se encarga de realizar reportes que contienen la valoración psicológica de los beneficiarios que soliciten servicios de canalización a fuentes de empleo, a capacitación, o atención psicológica. Se lleva a cabo una evaluación psicológica para conocer el estado de sus áreas cognitiva, educativa/laboral, emocional y familiar, y para obtener un diagnóstico y concluir de qué acciones se vería más favorecido el beneficiado. El Estudio finalizado contendrá la recomendación del equipo de psicología hacia Trabajo Social y el Consejo Técnico sobre si es adecuado o no que la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo realice la canalización del beneficiario hacia fuentes de empleo o capacitación.

Para conjuntar el reporte que describe el estudio psicológico, se utilizan tres elementos: una entrevista inicial semiestructurada, la observación clínica y una batería de pruebas psicológicas. La entrevista inicial consta de una breve descripción física de la persona, el motivo de consulta, familiograma, datos familiares, historia personal, escolaridad, antecedentes laborales, relaciones interpersonales con grupos de iguales/pareja, área psicosexual, consumo de sustancias tóxicas, conductas antisociales, autoconcepto y la síntesis de la entrevista. La observación clínica se realiza durante esta entrevista y durante la realización de las pruebas. Las pruebas que conforman la batería se eligen de tal forma que se pueda evaluar su inteligencia (ej. Dominós, Raven, Pierre Weil), descartar daño orgánico (ej. Bender), conocer las áreas de conflicto (ej. Sacks-Frases incompletas), identificar su imagen corporal en condiciones desfavorables (ej. Figura Humana Bajo la lluvia) y se pueden agregar instrumentos como los

Inventarios de Beck de Ansiedad y Depresión o cualquiera que el psicólogo responsable de la evaluación juzgue necesarias.

Durante la Entrevista Psicológica Inicial, se busca obtener de forma ordenada una respuesta a los reactivos que la forman, sin embargo, considerando la importancia de establecer una relación empática y de confianza, debe ponerse mucha atención a no mostrar o expresar juicio en ningún momento al realizar las preguntas o pedir más detalle sobre alguna información. Así mismo se deben atender las inquietudes expresadas por los beneficiarios, en especial las que notablemente les causen más ansiedad. Durante la hora u hora y media que normalmente duran estas intervenciones, se debe obtener información suficiente para reportar el estado de mental del beneficiario, así como los rasgos y actitudes que presenta. Después de observar a quien fungió como uno de mis supervisores realizar dos entrevistas iniciales, realicé aproximadamente seis, siendo supervisada durante ellas por un miembro del equipo de psicología.

La batería de pruebas, puede realizarse ese mismo día, u en otro momento, dependiendo del tiempo disponible que tenga el beneficiario -quienes por el tiempo que invierten en el traslado regularmente prefieren realizarlo el mismo día- y la opinión del clínico- vigilando el cansancio, concentración y ansiedad mostrada por el beneficiario-, y la elige el psicólogo según su criterio profesional. En el caso de las baterías que apliqué y calificué durante el servicio social apliqué los instrumentos que normalmente utiliza el equipo de psicología. Se utiliza la prueba de Bender para descartar daño orgánico, utilizando el método de puntuación de la Dra. Lacks. Para obtener una calificación en cuanto a inteligencia se utiliza tanto la Prueba de Dominós, como la de Pierre Guilles Weil, para conocer su capacidad en comparación a resultados estandarizados, en cuanto a rango y percentil. Para conocer las áreas de conflicto del beneficiario, se les pide que realicen la prueba de Frases Incompletas de Sacks. Así mismo se les entrega una hoja y se les pide que dibujen una persona o figura humano bajo la lluvia. Para la interpretación de esta prueba se utiliza el manual compilado por la Licenciada María Laura Maldonado. En caso de que el beneficiario muestre signos o describa sentirse ansioso o deprimido,

se le pide que complete los inventarios de Beck de Ansiedad o Depresión según corresponda.

La observación clínica se realiza durante la entrevista, así como durante la realización de la batería de pruebas. Debido a que cada beneficiario tiene diferente disponibilidad de tiempo, se dan casos en los que la Entrevista y las pruebas son completadas en una misma sesión, pero también pueden realizarse en hasta tres sesiones separadas, mientras se completen en un periodo máximo de quince días. Si por esta situación, las evaluaciones son calificadas por una persona diferente a quien las haya aplicado o haya realizado la entrevista, se reúnen para compartir las observaciones realizadas y las impresiones diagnósticas formadas por los psicólogos o pasantes responsables.

Una vez que se cuenta con toda esta información, se completa el Estudio Psicológico, cuyo formato incluye la ficha de identificación del beneficiario, las técnicas utilizadas para realizarlo, las áreas valoradas, la integración psicológica -en la cual se presentan eventos relevantes del pasado del beneficiario, su situación actual, necesidades principales y rasgos relevantes-, propuesta de plan de atención psicológica- en caso de ser requerida por el beneficiario-, observaciones -en las cuales se presenta la conclusión en relación de los servicios pedidos por el beneficiario-, un diagnóstico clínico y un formato para la devolución del Estudio Psicológico (Anexo 2). Este Estudio puede ser realizado por los pasantes siempre bajo supervisión y aprobación del psicólogo responsable.

### **Talleres**

Con el interés de aportar mayores herramientas a los beneficiarios, en la Subdirección de Asistencia Social a Liberados se imparten talleres psicosocioeducativos. Estos talleres tienen duración de dos horas y se imparten tanto por personas del Departamento de Evaluación Asistencial y Seguimiento (trabajo social), como por el Departamento de Atención Psicológica y Jurídica (psicología). Los temas de los talleres nacen tanto de las necesidades de los beneficiarios detectadas por la Subdirección, como de las necesidades expresadas

por los mismos beneficiarios. La asistencia promedio a los talleres es de seis personas, habiendo talleres de hasta 20 participantes.

Los talleres que se imparten son los siguientes:

- Fortalezas, debilidades y lecciones de la vida;
- Proyecto de vida;
- Mejorando mi autoestima;
- Mi amiga la marihuana;
- Relájate y crece;
- Cómo decir lo que quiero sin lastimar a nadie;
- No me dan empleo ¿qué hago?;
- Comunicando y orientando a mis hijos sobre sexualidad;
- Manejo del enojo;
- Prevención de adicciones en la familia;
- Cigarro y alcohol ¿me dañarán?;
- Cerrando heridas;
- Tips para educar a mis hijos;
- Al rescate de los valores en la familia;
- Resolución de conflictos en la familia;
- Caminando hacia una mejor vida;
- Comunicación familiar;
- ¿Disfruto mi sexualidad plenamente?;
- Diabetes ¡detéctala a tiempo!;
- Planificación familiar; y
- Tips para mejorar en pareja.

Se planean mensualmente los horarios y quién impartirá cada taller, así como algunas modificaciones en contenido o títulos de los talleres, pero en general siempre se cubren los temas de adicciones, sexualidad, asertividad, trabajo, salud, familia y autoconocimiento. Al finalizar cada taller se les entrega un comprobante a los asistentes que estén en libertad condicionada y ellos llenan una hoja de

autoevaluación que sirve tanto para calificar el taller, como para expresar los temas que les interesan abordar en un taller.

Para los preliberados, es obligatorio participar por lo menos en un taller. El comprobante de su asistencia al o los talleres será entregado por el aval moral al trabajador social de la Dirección de Control de Sentenciados en Libertad encargado del proceso de ese beneficiario. Se les invita a participar en el mayor número de talleres posible, ya que esto será considerado a su favor en su proceso de reincorporación.

Como parte de mis actividades del servicio social participé en la impartición de dos talleres: "Cómo decir lo que quiero sin dañar a nadie (Asertividad)" y "Proyecto de Vida", los cuales se describen a continuación:

"Cómo decir lo que quiero sin dañar a nadie (Asertividad)". Este taller fue presentado por el psicólogo Francisco Pérez intentando cubrir la necesidad expresada constantemente por los beneficiarios y detectada por los psicólogos y trabajadores sociales, de obtener mejores herramientas de comunicación. El objetivo general del taller es el siguiente: "El participante aprenderá a responder de manera asertiva, para favorecer su madurez emocional, el respeto hacia sí mismo y hacia los demás". Al igual que en todos los talleres, al inicio se les explica a los participantes los beneficios a los cuales son acreedores en esta Dirección, con el objetivo de acompañarlos en su proceso de reinserción social de tal manera que puedan disfrutar de una vida más satisfactoria y con menos probabilidades de tener otro proceso penal.

Se realiza después una técnica de integración en la cual se eligen parejas para comunicarse su nombre, a qué se dedican, por qué están ahí, que esperan del curso y qué están dispuestos a ofrecer a éste, de forma que cada uno presentará a su compañero ante el grupo. Comúnmente durante esta dinámica los asistentes comparten, como respuesta a la interrogante de por qué están ahí, la razón por la que fueron arrestados, si estuvieron o no presos, cuánto tiempo estuvieron internados y su interés por cambiar su vida o llevarla de tal forma que no vuelvan a ser aprehendidos. En las imparticiones de este taller en las que estuve presente pude notar el ambiente de confianza y participación logrado después de la técnica

mencionada, que se pudiera atribuir a la atenta escucha de los expositores y a que los participantes se identifican con las circunstancias o inquietudes compartidas por los otros asistentes.

Una vez realizada esta actividad se les presentan la teoría sobre qué es ser asertivo, esto es, realizar un comportamiento en el cual se exprese lo que se cree, se siente y se desea de forma directa y honesta, considerando la importancia del respeto hacia uno mismo y sin olvidar el respeto hacia los demás. Así mismo se exponen y explican los derechos asertivos o principios conductuales que implican responsabilidades y toma de conciencia en el proceso de decidir. Algunos de los derechos que se comentan son: el poder cambiar de parecer, poder cometer errores y ser responsables de ellos, poder decir "no sé" y decir "no entiendo", entre otros. Se comparte que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

A continuación se explica con un ejemplo la diferencia entre los tipos de respuesta pasiva, agresiva y asertiva y se pide al grupo que imagine las posibles consecuencias de cada una de estas conductas. Para reafirmar estos últimos conceptos, se divide el grupo en equipos de tal forma que se cuente con máximo seis personas por equipo y se les pide que lleven a cabo una representación de una situación que alguno haya vivido en la que se presente una respuesta pasiva, la misma situación pero utilizando una respuesta agresiva y concluyendo con la representación de la misma situación pero presentando una respuesta asertiva. Al concluir las representaciones de los equipos, se les pide que compartan sus observaciones sobre las representaciones y se les dirige para que ellos mismos concluyan los beneficios de utilizar el estilo asertivo ante algún conflicto. Esta técnica de representación es considerada central para el taller, debido a que después de ella los asistentes confirman haber comprendido mejor las opciones con las que cuentan para responder a situaciones de conflicto, y como al responder de forma asertiva, tienen mayor probabilidad de obtener lo que quieren.

Se cierra el taller con la lectura de un cuento en el que se muestra la importancia de la comunicación y de la empatía. Al finalizar se entrega una hoja de evaluación en el

que se pide califiquen al taller, a quienes lo imparten y mencionen otros talleres que les gustaría recibir o temas que les interesan.

“Proyecto de vida”. Este taller fue presentado por la psicóloga Leticia Campos considerando la importancia de ofrecer herramientas para dar mayor estructura a las personas que recientemente obtuvieron su libertad. El objetivo de este taller es conocer la bases con que cuenta una persona para construir su Proyecto de Vida, con el fin de que haga una sana aceptación de sí mismo y de las circunstancias que lo rodean.

Al igual que en todos los talleres, al inicio se les explica a los participantes los beneficios a los cuales son acreedores en esta Dirección, con el objetivo de acompañarlos en su proceso de reinserción social de tal manera que puedan disfrutar de una vida más satisfactoria y con menos probabilidades de tener otro proceso penal.

La técnica de integración utilizada es la cual se presenta a otra persona, que se describió para el taller de Asertividad. Después de la técnica mencionada se les comenta que debido a que el taller contiene mucha información y para que todos puedan aprovecharlo igual, se pide que limiten sus comentarios a los temas tratados en la exposición. Esta indicación es aceptada y respetada por la mayoría; a los participantes que se extienden en alguna participación se les recuerda que se enfocará en los temas del taller y que las otras inquietudes se pueden exponer al finalizar.

A continuación se le pregunta a los asistentes qué entienden por proyecto de vida, se consideran los comentarios que hagan y se explica que es una herramienta para definir los objetivos de nuestras vidas y planear cómo alcanzarlos.

Se comenta la importancia de conocer quienes somos, ya que nosotros decidimos los objetivos de nuestra vida, somos la herramienta principal para obtenerlos y seremos los principales en beneficiarnos de lograrlos. Se plantea que cada persona es la suma de su historia, sus capacidades y limitaciones y el estado actual de sus áreas de vida. Se da especial importancia a diferenciar entre las áreas de vida que, para fines de este taller se dividen en Familiar, Escolar (o académica), Laboral y

Personal (que incluye diversión, ejercicio, espiritualidad, entre otros). A continuación, y después de analizar el estado en el que se encuentran las áreas de su vida, se les cuestiona si creen que requieren de un cambio, si viven o no lo que quieren estar viviendo. Se les invita, entonces, a imaginar su vida ideal, tanto actual como al momento de su muerte aterrizándola a objetivos factibles. Se les explica que los objetivos o metas deben ser claros y los pasos para realizarlos, o las estrategias, tan concretas como sea posible. Se les entrega un formato en el que por cada área de su vida se les pregunta cuales son los objetivos principales para cada una, cuál será la estrategia para obtenerlos, el tiempo estimado para alcanzarlos y los apoyos externos que deben tener para lograrlos. Después de que llenan la hoja se les pide que compartan un objetivo de un área, la estrategia que eligieron, el tiempo para realizarla y los apoyos externos que necesitan y se comenta con el grupo.

Antes de finalizar se les expone la importancia de reevaluar el proyecto de vida con el tiempo o cuando no se logran los objetivos, ya sea para plantear nuevas metas o para revalorizar la estrategia para alcanzarlas.

Se agradece su participación, se les firma su hoja de asistencia y se les pide que llenen el formato de evaluación del taller.

### **Orientación Psicológica**

Debido a la dificultad que muestran la mayoría de los beneficiarios para identificar su comportamiento o estilo de vida como causantes del proceso jurídico en el que están, la atención psicológica se consideran como un pilar muy relevante para la prevención de conducta delictiva reincidente por parte de los liberados y preliberados, así como prevención de conductas delictivas por parte de los familiares.

Como ya se mencionó, otro de los beneficios a los que son acreedores los liberados, preliberados y sus familiares es a obtener apoyo psicológico de forma individual, de pareja o familiar. Esta atención se da por parte de los siete psicólogos que atienden en diferentes turnos durante el día, en formato variable, que puede ser de una vez por semana hasta una vez el mes, generalmente en sesiones de una hora. Aunque en general los lineamientos que se utilizan para estas intervenciones son las de

terapia breve, cada psicólogo utiliza técnicas y establece objetivos según la corriente de psicoterapia a la que se adscriba. Se tienen asignadas guardias cada día, de tal forma que cuando un beneficiario pide por primera vez atención psicológica, canalización a fuentes de empleo o capacitación, quien esté encargado del caso, por parte de Trabajo Social, se pone en contacto con el psicólogo de guardia para realizar las evaluaciones correspondientes (como está descrito en esta misma sección) y al menos que haya preferencia por un horario distinto, o requiera atención de pareja o familiar, el psicólogo que realizó la evaluación estará encargado del tratamiento del beneficiario, del reporte de las sesiones, su seguimiento y de dar de alta o baja al beneficiario.

A continuación menciono el desarrollo de los dos casos en los que participé como co-terapeuta:

Caso 1: Orientación Psicológica de A. La beneficiaria A llega a esta Subdirección, a sus 52 años después de ser deportada de España en donde cumplió una sentencia de 5 años por tráfico de drogas y es entregada a la Secretaría de Relaciones Exteriores, quien a su vez la canaliza a la Secretaría de Seguridad Pública bajo el estatus de liberada condicionalmente o preliberada. La beneficiaria A ha estado asistiendo a sesiones de apoyo psicológico desde principios de 2012 de forma semanal y es atendido por la subdirectora encargada del programa. Antes del inicio de mi participación en la intervención con esta paciente, la psicóloga me comenta que a lo largo de su vida, la beneficiaria, ha presentado fuertes y variados rasgos antisociales así como de personalidad límite. Ella reporta haber tenido una muy mala relación con su madre y una mejor relación con su padre quien sufría de alcoholismo. En su adolescencia fue violada por su novio y sus amigos, sin embargo su respuesta ante este evento es llevar a una amiga al mismo lugar para que ella también sea violada. De este episodio comenta que cuando oye gritar a su amiga al ser agredida, se da cuenta que ella no gritó ni peleó durante el ataque. Vive una relación de pareja de la que nacen dos hijos, y una segunda en la que nace un niño y una niña. Comenta que ella atestiguó como el hijo de su segunda pareja agrede sexualmente a sus hijos menores y su única reacción es regañar a su hija. Debido a la ruptura con su segunda pareja ella se queda a cargo de sus tres hijos y su hija es

educada por su padre y la hermana de éste. A sufre de alcoholismo desde su adolescencia hasta aproximadamente sus 38 años reportando que logra su sobriedad gracias al grupo de AA al que pertenecía. Sus tres hijos se encuentran presos y ella los visita regularmente. Su hija es profesional, está casada y tiene un hijo. Ella recibe a A a su regreso de España, quien le cuida a su hijo. Actualmente A recibe tratamiento psiquiátrico en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Al iniciar mi participación en el tratamiento se me indica su historia, su situación actual en cuanto a actividades y su estado emocional en el que predomina una alta ansiedad. También me indican que los objetivos de la intervención se limitan a disminuir sus síntomas ansiosos, proveer un espacio de reflexión sobre las consecuencias de sus actos y enseñarle estrategias de comunicación asertiva, estando en contacto con sus emociones.

A lo largo de las sesiones en las que participé pude observar, por medio del discurso de la beneficiaria, cierto grado de impulsividad y poca capacidad de planeación, las reacciones que presenta sin considerar las consecuencias de sus actos, una gran dificultad para reconocer sus faltas, una necesidad excesiva de mostrar que no cede ante nadie y que nadie se va a aprovechar de ella, mucha agresividad verbal y física hacia otras personas, el hábito de mentir a las personas a su alrededor, guarda rencor por acciones realizadas mucho tiempo atrás y lo utiliza en cualquier momento que se siente amenazada o que no obtendrá lo que quiere por quien haya realizado esta acción. Así mismo la beneficiaria utiliza las faltas de las personas cercanas a ella para justificar su incapacidad para establecer una relación honesta y de apoyo con ellas y utiliza el llanto superficial para evitar tocar un tema que no le agrada o para relatar una situación en la que cree no haber actuado como debiera.

Por otro lado, la beneficiaria se presenta puntualmente a cada sesión, coopera con las actividades que se le piden durante la sesión, está atenta a los comentarios que se le hacen, y, aunque recibía apoyo económico de su hija y después de su hermana, es responsable con sus gastos y realiza algunas actividades para ganar dinero. La beneficiaria se mantiene sobria y, aunque durante la adolescencia de sus hijos establecía relaciones sexuales con desconocidos, actualmente reporta no tener vida sexual.

El tratamiento que se ha llevado con A ha sido principalmente de corte Gestalt, buscando ayudarla a identificar sus emociones, debido a que es la aproximación teórica en la que está especializada la psicóloga responsable. Se ha trabajado principalmente con técnicas de relajación como son la relajación autógena de Shultz, la progresiva de Jacobson y la respiración en tres fases con visualización para ayudarla a imaginar eventos futuros en su vida. Se ha utilizado también el psicodrama, una variante del equipo reflexivo en el que las terapeutas hablan de la paciente como si no estuviera presente, con el fin de darle herramientas para responsabilizarse de sus acciones, al verlas desde otro punto de vista, y prever posibles resultados a diferentes acciones. También se trabaja en que considere los posibles pensamientos y sentimientos de las otras personas cuando relata un hecho en el que se sintió agredida, buscando ejercitar su empatía. Así mismo se le ha invitado a la beneficiaria a asistir a los talleres de Asertividad y Proyecto de Vida en los cuales ha participado, con el fin de atender sus limitaciones en formas constructivas de comunicación y planeación. Se puede observar, en su sesión 29, que la beneficiaria muestra, avances importantes en la disminución de su ansiedad, en su capacidad para expresar de forma clara y directa sus necesidades y sentimientos, y en la organización de sus actividades para cumplir con sus responsabilidades y ser autosuficiente. Por el momento se considera mantener los objetivos de la intervención como fueron planteados desde el inicio haciendo hincapié en fortalecer la relación con su hija y mejorar el establecimiento de límites con sus hijos, así como el manejo de la culpa.

Caso 2: Orientación Psicológica de V. V asistió cada semana a sesiones de atención psicológica, durante los seis meses que duró su tratamiento, Ella es beneficiaria de estos servicios debido a que fue sentenciada por delitos contra la salud y después de nueve meses en el Reclusorio, sale en libertad condicionada. Es viuda de 42 años, y tiene cuatro hijos de los cuales el mayor tiene 19 años, sigue otro hijo de 17, una hija de 15 y la pequeña de 12, vive con los cuatro y se mantienen de lo que los dos hijos aportan a la casa y de la ayuda económica de amigos o familiares. V se

presenta puntualmente a todas las sesiones semanales, así como a las citas concertadas por la Trabajadora Social que lleva su caso.

Antes de participar en la primera sesión con ella, el psicólogo encargado me comenta a grandes rasgos la historia de la beneficiaria y algunos de las actitudes que pude observar desde este primer encuentro. V es delgada y se nota la importancia que le da a su aliño, desde que se pregunta cómo está, ella, siempre sonriente, comienza a platicar con una alta velocidad, cambiando de temas rápidamente, siempre con un discurso positivo, en el que ella acepta "sin quejarse" todo lo difícil por lo que ha pasado, segura de que Dios la ayuda, comentando que siempre se le puede ver lo bueno a la vida, como de todas las experiencias una crece, como sus hijos son lo más importante para ella y todas las ganas que ella tiene de superarse. Sin embargo este discurso contiene inconsistencias que se pueden notar ante una escucha atenta, y se vuelven más evidentes al comparar con los hechos o las versiones que comparte con Trabajo Social y en otros momentos.

En las sesiones subsecuentes en sus relatos aparecen situaciones que deja mostrar, mientras intenta mantener esta ilusión seductora de ser una excelente madre e hija, su manipulación, incapacidad de empatía, su conformismo con la vida parasitaria que siempre ha llevado y su falso entendimiento de las normas sociales. En estos relatos ella comenta que la razón por la cual no había registrado a su hija de 12 años, por lo cual esta hija nunca ha asistido a la escuela, es por que cuando nació su madre se enfermó y la tuvo que cuidar y después su esposo se enfermó y no había tenido tiempo. En julio, y después de varias acciones por parte de ella que obstaculizaron el trámite, se obtiene el registro de la niña debido a que la PGJ quiere cerrar su caso, y V lo describe como un logro suyo en el que invirtió mucha energía. Dice que ahora ella tiene mucho interés en empezar a trabajar para poder mantener a su familia, pero no lo puede hacer hasta que no arregle los papeles de su primera hija, la cual tiene un acta de nacimiento falsa. Así mismo relata que cuando vivía su esposo su familia funcionaba muy bien, ella dejaba a su hijo de cuatro años cuidando al de dos mientras se iba a vender con su esposo "lo que hacían", cómo ella tenía la consideración de no dejar a sus hijos encerrados, pero les decía que no le abrieran a nadie. Al hijo chico le dejaba biberones con leche en el suelo para que

los tomara cuando tuviera hambre y al grande le enseñó a llevar a su hermano al baño para que no oliera mal cuando ellos regresaban. También ha comentado que su hija mayor, quien decidió ya no ir a la escuela, tiene unos fuertes dolores en la espalda, y es terrible porque como duermen juntas, se la pasa quejándose toda la noche y la beneficiaria no puede dormir. Un día, esta hija le pidió a la beneficiaria que la llevara al doctor, pero ella le dijo que no, que ella tenía que ir a su sesión con el psicólogo y no podía faltar. Así mismo relata conversaciones de su hijo menor con su suegra, en las que se puede observar que el hijo, al igual que ella, ha aprendido a obtener dinero o algún apoyo sin pedirlo directamente, sino exponiendo una situación “sin quejarse”, pero tan precaria, que la reacción de los demás sea ofrecer ayuda.

Se muestra altamente ansiosa durante las sesiones, sobre todo cuando se lleva a cabo una intervención por alguno de los terapeutas o cuando se le pide que comparta qué ha aprendido durante la intervención o qué se lleva de la sesión. A esto ella normalmente responde que siempre aprende de todo y que ha aprendido mucho y que quiere salir adelante.

Después de las primeras dos sesiones en la que participé, el psicólogo responsable me comentó su frustración por no ver ningún avance y el poco interés que la beneficiaria mostraba por realizar un cambio. Revisamos la bibliografía sobre el manejo cognitivo-conductual de personalidades antisociales en la que se indican diversas técnicas concretas para utilizar en este tratamiento, la importancia de trabajar con la cognición del individuo para que su pensamiento sea más abstracto, la importancia de establecer y mantener los límites. Aunque una funcionalidad óptima de estos individuos es una ambición poco realista para el tratamiento, la terapia cognitivo-conductual puede proveer un impacto positivo en la vida de una persona antisocial y en la sociedad en general (Beck, A.T., Freeman, A, Davis, D.D. y asociados, 2004).

En las últimas sesiones se trabajó con formatos que ella responde de forma escrita, para conocer qué actividades realiza durante el día, cuales le gustan y cuales no le gustan y con el formato utilizado en el taller de Proyecto de Vida. Este nuevo enfoque ayudó a que mostrara mayor concentración durante las sesiones al tener

límites claros en las actividades que se le reforzaban verbalmente si no los cumplía; sin embargo las incongruencias, mentiras y el apego nulo hacia sus hijos seguían siendo evidentes. Después de discutir el caso en el Consejo Técnico de la Dirección, se convino en confrontarla, realizar un nuevo encuadre para acordar con ella que solamente se le seguirá tratando si está dispuesta a compartir las cosas que le desagradan y a ser honesta con sus contribuciones; en caso de no hacerlo se daría por terminado su tratamiento.

Así se llevó a cabo y aunque en esa sesión ella compartió por primera vez muchas cosas que la angustiaban y que sabía que tenía que modificar, no regresó a recibir apoyo psicológico.

**IV. DETERMINAR OBJETIVOS DEL INFORME  
DE SERVICIO SOCIAL**

La Secretaría de Seguridad Pública cuenta con varias Direcciones dedicadas a atender de diferentes maneras los aspectos relevantes para, como se señala en su página de Internet, asegurar que la población del País viva de forma tranquila y en apego a las leyes, siendo sus objetivos: Preservar la libertad, el orden y la paz públicos, salvaguardar la integridad y derechos de las personas, auxiliar a la Procuraduría General de la República y a los Poderes de la Unión, prevenir la comisión de delitos, desarrollar la Política de Seguridad Pública del Poder Ejecutivo Federal, proponer su Política Criminal y administrar el Sistema Penitenciario Federal y el relativo al tratamiento de menores infractores.

En varias de estas Direcciones, en sus distintas actividades, se utilizan las herramientas proveídas por la psicología para lograr este objetivo, desde la selección del personal y la evaluación psicológica de las personas aprendidas, hasta para el establecimiento de las políticas de seguridad pública en el ámbito federal.

Elegí realizar el servicio social en la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo debido a que considero de especial relevancia para lograr detener la prevalencia o incidencia de actos delictivos, el atender las motivaciones o limitaciones que mueven a un individuo, quien ya ha mostrado tenerlas, a cometer actos ilícitos que dañan a la sociedad.

Me parece que el trabajo que se realiza en esta Dirección para brindar alternativas de apoyo para la reinserción social de las personas en prelibertad o libertad es adecuado y que el equipo de trabajo en general está muy motivado para ayudar a que los beneficiarios no reincidan en actos delictivos. Cubriendo lo que la Secretaría designa como los seis ejes, que son derechos humanos, trabajo, capacitación, educación, salud y deporte, se ofrecen varias y buenas opciones para facilitar su cambio de vida.

En lo que respecta a las actividades realizadas por el Departamento de Atención Psicológica y Jurídica de evaluación psicológica, impartición de talleres y orientación psicológica, están encaminadas a ayudar en el cumplimiento de los objetivos de la Dirección en particular y de la Secretaría en general.

Al participar en el equipo de trabajo de la Subdirección de Asistencia Social a Liberados fui parte de un ambiente en el que la psicología clínica es ampliamente

aplicada, en el que se fomenta mucho la investigación y capacitación, así como un trato profesional y ético hacia los beneficiarios de los servicios ofrecidos. Así mismo, puede ser parte de un equipo multidisciplinario en el que abogados, trabajadores sociales y psicólogos trabajan por el mismo objetivo, pudiendo valorar lo que estas otras dos disciplinas aportan al bienestar de la población atendida.

## **V. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO**

El método clínico, conocido también como método de solución de problemas clínicos o proceso del diagnóstico, no es más que la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo con vistas a conocer, valorar y transformar la salud/enfermedad en el individuo o sujeto, de manera que implica a todos los pacientes e incluye a todas las especialidades. Es el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronósticas aplicables en ciertas y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención (Díaz, J., Gallego, B.R., Calles, A., 2011; Moreno M.A., 2005).

### **Método Científico y Método Clínico**

Se le llama conocimiento científico aquel que fue obtenido de una investigación científica. La investigación científica, como la definen Hernández, Fernández y Baptista (2010), es una investigación rigurosa, organizada y que se lleva a cabo cuidadosamente. Así mismo es sistemática- hay una disciplina para realizarla y no se dejan los hechos a la casualidad-, empírica- se recolectan y analizan datos, y crítica -se valúa y mejora de manera constante. Esta investigación tiene dos objetivos que son producir conocimiento y teorías y resolver problemas. En resumen se puede decir que la investigación científica es un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno.

La investigación científica, como lo resalta Díaz (2009), se diferencia de otras formas de abordar la realidad, como lo es el conocimiento empírico espontáneo y el razonamiento especulativo. El conocimiento empírico espontáneo está íntimamente vinculado con la actividad productiva del hombre y se obtiene por el hombre espontáneamente en el proceso de socialización; el razonamiento especulativo es el resultado del pensamiento imaginativo de los seres humanos. La ciencia, por su parte, tiene como objeto fundamental el desarrollo del conocimiento por sí mismo. Esto es, la profundización en las propiedades y las leyes esenciales de la realidad. El desarrollo de la ciencia está íntimamente vinculado con los problemas que le

plantea la sociedad como un todo, sin embargo la ciencia genera sus problemas cognoscitivos específicos, cuya solución teórica no ofrecen, en muchas ocasiones, una aplicación inmediata a las necesidades prácticas y productivas.

Tamayo (2004) describe que la ciencia busca establecer las relaciones existentes entre diversos hechos, e interconectarlas entre sí a fin de lograr conexiones lógicas que permitan presentar postulados o axiomas en los distintos niveles de conocimiento, utilizando la investigación y el método científico, determinando la objetividad de las relaciones que establece entre los hechos y fenómenos de que se ocupa.

El ideal de la ciencia es la sistematización; lograr una interconexión sistemática de los hechos, una integración. Así mismo, no se puede considerar a la ciencia como un conocimiento definitivo, es decir debe ser dinámica, y aunque se formula a nivel de ideas y postulados plenamente organizados y coherentes entre sí, debe confrontarse con la realidad a fin de establecer su objetividad.

Se han llevado a cabo muchas divisiones de la ciencia, clasificándola dependiendo los vínculos o relaciones existentes entre las diferentes disciplinas o formas de conocimiento, que puede ser basado en el objeto propio de ciencia y sus relaciones con otras áreas afines, el método o requerimiento de cada ciencia para enfrentar su objeto, e igualmente los propósitos para los cuales produce el hecho de investigación. Las llamadas ciencias sociales inician la investigación de una forma controlada, sistematizada, crítica, con el fin primordial de aprobar o desechar hipótesis como explicativas de los fenómenos de comportamiento del hombre. Su punto de partida está también en la observación de los hechos, en la formulación del problema, en la estructuración de hipótesis y en la búsqueda de pruebas para confrontar esas hipótesis, con el fin de establecer una ley o norma explicativa de la conducta social de los individuos.

Se puede considerar que todas las ciencias tienen su propio método. Como señala Hernández (2010) el método toma el nombre de la ciencia, por lo que en clínica, será el método clínico; en epidemiología, el método epidemiológico; en estadística, será el método estadístico, pero todas estas particulares parten del método general,

el científico. El método clínico y el epidemiológico son muy similares, solo cambia el objeto de estudio. En el primero se estudian las particularidades del hombre enfermo, mientras que para el epidemiológico el objeto serán los problemas de salud y enfermedades de las colectividades humanas. El método clínico no es más que la aplicación particular del método científico, por lo que se hace necesario su manejo para lo cual se necesita una preparación previa, es decir, no basta la acumulación de conocimientos. Para su aplicación se requiere la adecuada utilización de estos conocimientos, pero será necesaria también la vinculación con la práctica. Se debe precisar toda una serie de elementos, lo que causará en un conocimiento más completo, parte inseparable de la ciencia.

Considerando que el método clínico es el método científico aplicado al trabajo con los pacientes, se entiende que sus etapas serán las mismas, atendiendo a las peculiaridades de cada nueva situación patológica encontrada. Hernández J. C. (2010) propone las siguientes siete etapas del método clínico:

1. Formulación del problema. Se refiere a considerar el problema como la pérdida de salud o el principal motivo que lleva al paciente a una consulta. Se busca que el problema o los problemas deben ser precisados con toda nitidez. Debe distinguirse claramente la razón que movió al paciente a buscar ayuda profesional.
2. Información primaria. La búsqueda de la información básica se refiere a la indagación por medio del interrogatorio (anamnesis remota y actual). Este procedimiento está dirigido y orientado por la experiencia previa del profesional que aplica al ponerse al servicio del paciente. En una gran parte de las veces, esto ahorra tiempo a la hora de establecer una hipótesis diagnóstica. Esta examinación debe hacerse de forma completa, independientemente que se detalle más el problema del sistema dañado. Toda la información debe establecerse en el expediente clínico. Este es el documento más importante para la aplicación del método clínico y resulta ser el ideal para llegar a la conjetura o hipótesis diagnóstica.
3. Formulación de hipótesis. La hipótesis o conjetura en el método clínico es la impronta diagnóstica o la primera impresión susceptible de ser modificada con

los elementos de la experiencia médica, los conocimientos y la contrastación. Es imprescindible que este diagnóstico quede bien definido y se apoye en la información recogida con un fundamento real y objetivo de los elementos patológicos. Si la búsqueda de la información es deficiente e inexacta, la hipótesis no tendrá posibilidad alguna de comprobarse y por consiguiente, los subsiguientes pasos no se conseguirán nunca.

4. Comprobar o negar la hipótesis. Este paso se lleva a cabo cuando se observa la evolución del enfermo y se realiza un protocolo adecuado y planificado de investigaciones.
5. Exposición de los resultados. Contrastación con la hipótesis original. El diagnóstico integral lo debe hacer el profesional de la salud con todos los elementos de juicio en su poder.
6. Instituir la terapéutica (si procede, o reiniciar el proceso para recomenzar con nuevas estrategias pero siguiendo los mismos pasos).
7. Exposición y evaluación de los resultados finales con la comunidad laboral o científica de la unidad donde se trabaje. Es muy adecuada la discusión de los casos en colectivo, lo mismo para tomar decisiones que para notificar los resultados obtenidos en los análisis complementarios y en la evolución después de la terapéutica empleada.

El método clínico cuenta con principios inviolables que son:

- Existen enfermos y no enfermedades.
- Debe existir una adecuada comunicación clínico-paciente.
- Tratar a los enfermos igual que si se tratase de uno mismo.
- No subvalorar la afección que presenta el paciente.
- Diagnosticar pensando en las afecciones más frecuentes.
- Actuar rápidamente.

### **Método Clínico en la Psicología**

La psicología clínica emplea el método clínico. Lo que caracteriza a este método es la importancia dada a lo particular. El método clínico, tanto en la práctica médica

como en la investigación psicológica, procede por indicios convergentes, no se apoya sobre datos no relevantes, sino que construye la interpretación de la realidad psíquica sobre un riguroso análisis de la multiplicidad del material. Significa esto que el método clínico en psicología se distingue del método experimental de laboratorio, porque se aplica a casos concretos, patológicos o no, usando diversos recursos de investigación individual al servicio del psicólogo (López A.R., 2003).

El método clínico se emplea ante todo, en el ámbito de la psicología clínica, ordenando un conjunto de técnicas que tienen en común producir informaciones concretas sobre una persona o la situación que plantea un problema y/o revela la existencia de un sufrimiento. Ante todo, el método clínico está destinado a responder a situaciones concretas de sujetos que sufren, solamente pueden centrarse en el caso, o sea, en la individualidad. En este caso, el único objetivo del trabajo del clínico es el "individuo" el estado de sufrimiento de éste - y no la población- lo que implica que el método clínico se centre en una dimensión y relate los hechos observados en su objeto: "*el individuo*". El método clínico está centrado en el estudio de casos, pero no lo resume.

Para practicar Psicología clínica, es necesario contar con una serie de bases teóricas que la fundamenten y sirvan como punto de partida, con ellas se conocen el desarrollo teórico y las técnicas que se derivan, es importante que quien la estudia, tenga una clara visión de las diferentes aproximaciones teóricas, que se han venido consolidando y han aportado conocimientos sobre el comportamiento del ser humano y que implícitamente establecen una forma de entenderlo y conceptualizarlo.

Al psicólogo clínico, la investigación le permite ratificar o rectificar las hipótesis iniciales que se plantea en relación a ese sujeto y aplicar el principio de incertidumbre sistemática, que ayuda para ampliar su conocimiento. También evalúa la efectividad de las técnicas que han desarrollado quienes han generado conocimiento, producto de sus observaciones y aplicaciones clínicas empíricas, mediante las cuales se puede conocer la aplicabilidad en el entorno en que el sujeto se desenvuelve.

Como revisión general se anexa un cuadro con diferentes aproximaciones teóricas (Anexo 3).

### **Procedimiento del Método Clínico**

El Método Clínico se puede definir como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronosticas aplicables en ciertas y especificas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención.

A continuación se describirán los 5 pasos del método clínico aplicados a la psicología clínica, siendo estos: observación, indagación, abstracción, integración y diagnóstico (Zamora, A., 2011).

#### **El Primer paso-Observación**

Una observación científica, desde el punto de vista de la metodología de la investigación, como lo mencionan León, O.G. y Montero, I. (2006), debe cumplir las condiciones de ser sistemática y replicable. La observación es sistemática cuando se hacen explícitos los pasos del proceso y es replicable cuando puede ser reproducida de forma independiente.

Para lograr un tipo de observación de esta naturaleza se requiere delimitar ciertos elementos. En primer lugar, se debe definir "qué" es lo que se va a observar, considerando tanto el marco teórico y el nivel de análisis, esto es al definir el objeto de la observación se asume alguna teoría y al delimitar un plano o planos del fenómeno que se quiere observar, se define el nivel de análisis. Así mismo se elige "cómo" observar, delimitando la modalidad y el tipo de registro a utilizar. Como tercer elemento se debe definir a "quién" se va a observar. "Cuándo observar" es otro elemento que nos ayudará a replicar la investigación y que es muy importante especificarlos en el caso en el que para el objetivo de la observación sea claramente relevante. Un último elemento que se puede mencionar es "dónde" observar, que se

vuelve de interés en tipos de observaciones que pueden realizarse en diferentes lugares.

En el proceso de observación debe mantenerse el enfoque en ciertas medidas de los fenómenos que se observan. Se pueden considerar cinco modos diferentes de medidas: ocurrencia, frecuencia, latencia, duración e intensidad. La ocurrencia simplemente nos dice si una categoría de lo que estemos observando ha aparecido durante en periodo de registro, mientras que la frecuencia nos dice cuántas veces lo ha hecho. La latencia es el tiempo que tarda en aparecer la conducta que se observa a partir de un determinado punto de referencia y la duración simplemente es cuánto dura una vez que se presenta. La intensidad se refiere al grado en que la conducta bajo observación está presente, para hacerlo necesitamos construir escalas de apreciación de esta intensidad.

Tan importante para una observación científica son los elementos ya mencionados de definición de situaciones a observar y tiempo de medidas de los fenómenos, como lo son los parámetros de control, que para la psicología podemos decir que los más clásicos son la fiabilidad y la validez.

La fiabilidad hace referencia al grado en que podemos confiar en una medida. Un procedimiento de observación no debe dar lugar a diferentes resultados en función de quién es el observador. En términos que puedan estudiarse, un sistema de observación tiene que producir alto grado de acuerdo entre observadores, esto es que el porcentaje de veces que los observadores registran lo mismo sobre el total de registros realizados entre ambos.

La validez de la observación hace referencia al grado en que se observa lo que se pretendía observar. Es importante que cuando se describe una situación observada se pueda distinguir claramente de una situación diferente que también sea objeto de la observación en cuestión o que difiera de éste.

Las observaciones registradas pueden realizarse de varias maneras, sin embargo todas las observaciones tienen una cosa en común: en un mayor o menor grado, todas están expuestas a errores, como lo expone Kamil, M.L., Pearson, P.D., Birr Moje, E. y Afflerbach, P.P (2011). Cada medida tiene la posibilidad de estar influenciada por el error. Un clínico, como cualquier investigador, puede pasar por

alto algo que está pasando, los sujetos pueden responder de forma incorrecta debido a que no se sienten bien , o tal vez a que no entendieron bien la pregunta, o responden lo que creen que el observador quiere oír. Así mismo el clínico puede registrar de forma errónea una respuesta o una observación. En la utilización de algún instrumento, se recomienda utilizar uno estandarizado, ya que la estandarización ofrecerá el porcentaje de error en su uso.

Las técnicas que utiliza el psicólogo para la observación de las respuestas y forma de relación del individuo son la entrevista (específicamente la conducta manifestada durante la misma), la autobiografía (datos leídos) y en general la observación directa del comportamiento de la persona al ser evaluada, lo cual le permite obtener datos acerca de la experiencia precisa de la persona, que se integran con la información obtenida a lo largo de todo el proceso evaluativo.

La observación sistemática es importante, con lo que se prosigue el conocimiento de las particularidades de ese ser humano con el que se trabaja y permite identificarlo y diferenciarlo de los demás seres humanos, y al conocer esas particularidades se puede empezar el proceso mediante el cual se inicia la puesta en práctica del llamado ojo clínico que da pie para que el psicólogo inicie su entrenamiento para su práctica profesional.

Es importante tomar en consideración lo que el sujeto comunica, ya que la tristeza, el enojo, coraje, sumisión, altanería, bondad, ira, rigidez, etc. son elementos importantes los cuales se manifestaran más ampliamente en el transcurso de la entrevista, o el tratamiento, y lo que comunica en forma no verbal es la parte más genuina de si mismo, ya que la persona puede decir que esta a gusto sin embargo en su rostro y músculos manifiesta tensión que es indicador de lo contrario. En el proceso de comunicación a partir del nacimiento, el ser humano pasa por la etapa de los gestos, del lenguaje verbal y del lenguaje escrito, en la primera etapa el sujeto manifiesta claramente lo que siente, y en las siguientes aprende a manejarlos, por lo que es importante el conocimiento del lenguaje no verbal.

Con respecto a los beneficiarios que se atienden en la Subdirección de Atención Social a Liberados, se podría decir que se observará cualquier conducta que sea relevante para hacer una evaluación del nivel de reinserción a la comunidad, durante

la entrevista inicial y la realización de las pruebas psicológicas dentro de las instalaciones de la Secretaría de Seguridad Pública destinadas para este fin.

### **El Segundo paso- Indagación**

En relación a la indagación, se utiliza la entrevista psicológica, la cual nos lleva al planteamiento de hipótesis y a la elección de los instrumentos y técnicas psicológicas a utilizar (pruebas psicométricas y proyectivas), para confirmar y recabar mas datos que nos permita entender la problemática y establecer un diagnóstico.

La entrevista sirve para conocer el padecimiento del paciente, su origen y circunstancias, cómo se fue desarrollando tal aflicción, su psicodinamia, cuál ha sido la incidencia del ambiente en la conformidad de su malestar, cómo son sus relaciones interpersonales y, dependiendo de la etapa en que se encuentra el individuo, explora el proceso de desarrollo y las alteraciones que pudieran haberse presentado y si se tomaron algunas acciones para su corrección.

La exploración del área psicológica no tiene como finalidad primaria indagar el estado del funcionamiento cerebral o del sistema nervioso desde un punto de vista somático o de funcionamiento de órgano o sistema, para ello se tiene el examen neurológico o neuropsicológico. Se puede decir que su finalidad es evaluar el funcionamiento general del individuo, en todo lo concerniente a su comportamiento, a la integración de sus funciones psíquicas, y a todo aquello que lo caracteriza como persona y como sujeto psicológico y social. Un cerebro enfermo, con un trastorno primario o secundario, altera el funcionamiento de la conducta, pero en el área psicológica ese factor es uno de los muchos aspectos que debe ser evaluados; otros están en relación con la estructura y composición familiar, las condiciones de crianza, el carácter de las relaciones psicoafectivas, las influencias culturales, los hábitos de vida, el sistema de relaciones sociales, las influencias normativas y la presencia o ausencia de ciertos valores relacionados con el grupo de referencia. Sin embargo parte de la entrevista psicológica es realizar un examen mental para que, si como resultado de éste o durante la entrevista se encuentran elementos que deben

ser abordados por un médico, se realice la canalización pertinente (De los Ríos, A. 2006).

Como parte de la indagación del problema y los factores que puedan tener relación con éste, se utiliza, a parte de la entrevista, otras herramientas como lo son las pruebas psicológicas. Las modalidades de la entrevista y de las pruebas a utilizar dependerán de aquello que se considerará significativo para su diagnóstico y tratamiento, y será derivado de la orientación teórica del entrevistador (Díaz, 1998). Como principio también es importante establecer un buen "rapport", relación cordial, de confianza, de aprecio y respeto mutuo, ya que el espíritu de la entrevista es el establecimiento de una comunicación que permita el esclarecimiento de la conducta del entrevistado.

El énfasis en el carácter oral o vocal y no simplemente verbal de la entrevista se hace ya que de la entonación, ritmo de la conversación, lapsus, omisiones, etc., se obtienen datos valiosos para la identificación de áreas conflictivas en la vida del paciente. Un "sí" acompañado de una inhalación prolongada o un "no" excesivamente enfático, pueden ponernos sobre aviso en cuanto a la veracidad de la respuesta, o ser indicios de la existencia de conflictos en el área explorada. El tono triunfal al resaltar las desventuras de un amigo o familiar, al resaltar contradictorio con la verbalización de conmiseración, lleva a la exploración inmediata en profundidad, de la relación referida por el entrevistado, etc.

El autor cita la observación de Sullivan, en la que menciona que mientras hay pacientes seriamente interesados en la entrevista, otros sólo asisten a ella bajo presión familiar o judicial, y por esto considera que la actitud inicial del paciente no debe tomarse muy en cuenta. Esto, ya que muchas personas inicialmente resistentes a la entrevista resultan notablemente comunicativas cuando descubren que el entrevistador es sensato en sus preguntas y no se limita a distribuir elogios, culpas y otros comentarios poco técnicos, indiscriminadamente. También observa que el profesional de la salud mental debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales, desde alguno de los enfoques teóricos aceptados, pues sin él en poco se diferencia su intervención de la de amigos y personas plenas de afecto y sentido común, a quienes probablemente ya ha

recorrido buscando ayuda. También advierte en contra de la tendencia de algunos "terapeutas" a obtener satisfacción personal y prestigio a costa de sus pacientes, ya que para que la entrevista resulte en algún beneficio para el paciente, éste es quien debe ser comprendido y quien obtenga mejoría en cuantos aspectos de su vida sea posible.

Otra situación que debe ser considerada es la expectativa posible del paciente de conseguir algún alivio a su sufrimiento en una sola entrevista, pretendiendo una resolución inmediata, mágica, de dificultades que pueden tener mucho tiempo de presentarse. Así mismo, si a esto sumamos a esta expectativa irracional la actitud del entrevistador inexperto y preocupado por la recolección de "datos" para llenar un expediente, el fracaso de la entrevista es casi seguro.

Existen varias técnicas de entrevista y enfoques para realizarlas dependiendo del tipo de entrevista que se realiza y los objetivos del entrevistador, por lo cual es difícil establecer reglas que apliquen para todos los casos, sin embargo Kaplan, R.M. y Saccuzzo, D. P. (2006) proponen algunos principios que facilitan la conducción de casi cualquier entrevista. Consideran que una buena entrevista es más asunto de actitud que de habilidad, tomando en cuenta que la influencia interpersonal está relacionada con la atracción interpersonal, obtenida por muestra de respeto y comprensión. Las actitudes relacionadas con las buenas habilidades para la entrevista incluyen cordialidad, autenticidad, aceptación, comprensión, franqueza, honestidad e imparcialidad. Se ha encontrado que cuando el entrevistador se ve como frío, defensivo, indiferente, no involucrado, distante y aburrido, se califica, por parte del entrevistado, como una mala experiencia. Para parecer efectivo y establecer rapport, el entrevistador debe exhibir las actitudes apropiadas.

Así mismo, los autores señalan que los entrevistadores deben evitar preguntas que denoten juicios de valor, afirmaciones de sondeo que demanden más información que el entrevistado quiere ofrecer voluntariamente -en los casos en que no es imperativo obtener esta información-, afirmaciones de hostilidad y falso apoyo. Otro principio importante es mantener el flujo de la interacción. Generalmente, mientras las verbalizaciones del entrevistado se relacionen con el propósito de la entrevista, el entrevistador debe escuchar con interés mantenido un contacto cara a cara. Se

sugiere empezar con una pregunta abierta que dé pie al motivo de consulta. Continuar con preguntas abiertas dará al entrevistado gran libertad para elegir los temas que siente son importantes y se puede aprender más del entrevistado, sin embargo en las entrevistas estructuradas las preguntas deben hacerse en función de los temas a investigar y el tiempo con el que se cuente. Si se busca obtener más información sobre un tema en específico y la respuesta del entrevistado ha terminado, se pueden utilizar varias frases que fomenten una mayor profundización del tema. De igual forma el entrevistador puede utilizar la reproducción textual de la última respuesta del entrevistado, paráfrasis, replanteamiento o resumen de lo que el paciente ha dicho, así como afirmaciones de aclaración y comprensión, para fomentar mayor aportación de información por parte del entrevistado.

Es relevante durante una entrevista realizar preguntas que ayuden a verificar que se ha comprendido tanto el significado como en sentimiento preciso de las afirmaciones realizadas por el entrevistado.

Por su parte Trull, T.J. y Phares E.J. (2003) consideran que para que una entrevista sea productiva debe considerarse: una disposición física que ofrezca intimidad y protección contra interrupciones, ya sea durante o después, se deben tomar notas para recuperar y registrar la información que se obtuvo durante ésta (se pueden grabar las entrevistas pero solamente bajo el pleno consentimiento informado del paciente), el mostrar empatía o establecer rapport sigue considerándose el ingrediente esencial. En cuanto a la comunicación, se ofrecen las siguientes sugerencias: comenzar la entrevista con una conversación casual, breve, que sirva para establecer al clínico como persona real, utilizar un lenguaje que el entrevistado pueda entender y con el que se sienta cómodo y que pueda interpretar adecuadamente lo que el entrevistador busca decir, así mismo el entrevistador debe asegurarse de entender con exactitud el lenguaje del entrevistado. Si durante la entrevista se presentan silencios, se debe evaluar su significado y función en el contexto de la entrevista, y ejercitar una escucha atenta. Así mismo se subraya la importancia de que el clínico no utilice la entrevista con el fin de obtener una satisfacción propia o trabajar sus problemas, el clínico debe conocerse a sí mismo y saber cual es el impacto que probablemente cause en los entrevistados desde su

físico, porte y manera de desenvolverse, y asegurar que sus valores y prejuicios tampoco se vean reflejados a lo largo de la entrevista.

Se puede clasificar a las entrevistas según su formato en estructuradas, semiestructuradas o mixtas, o no estructuradas; se pueden también clasificar por su objetivo en: de admisión, de historia clínica o biográfica, de examen del estado mental, de intervención en crisis, diagnóstica o terapéutica.

Las entrevistas clínicas estructuradas proporcionan un conjunto de preguntas específicas en un orden particular. Por lo general también existe un conjunto de reglas cuidadosamente especificadas para sondear, de tal manera que, como en una prueba estandarizada, todos los entrevistados son tratados de la misma manera. Se prestan para procedimientos de clasificación a partir de los cuales puedan desarrollarse y aplicarse normas. Por lo general, las puntuaciones de corte son utilizadas de tal forma que una puntuación particular indique la presencia o la ausencia de una condición dada.

Las entrevistas no estructuradas son más flexibles y abiertas, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. Si bien el investigador, sobre la base del problema, los objetivos y las variables, elabora las preguntas antes de realizar la entrevista, modifica el orden, la forma de encauzar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio.

En la entrevista semiestructurada o mixta, el entrevistador previamente ha formulado las preguntas que probablemente hará, de acuerdo con lo que su sensibilidad le indique de cómo marcha el proceso, para cumplir con las metas propuestas y el área a tratar. Dando oportunidad por lo abierto de sus preguntas a que el entrevistado se exprese lo suficiente y deteniéndolo cuando se estime que ya no interesa saber más sobre el tema.

Las entrevistas semiestructuradas y no estructuradas pueden tener preguntas directas siempre que la información no pueda obtenerse de otra manera, el tiempo sea limitado y el entrevistador necesita información específica, o el entrevistado no pueda o no quiera cooperar con el entrevistador.

La entrevista de admisión o inicial, por lo general tiene dos propósitos: determinar por qué el paciente ha acudido a la clínica u hospital y juzgar si las instalaciones, políticas y servicios de la dependencia satisfarán las necesidades y expectativas del mismo. Otra función de la entrevista inicial es informar al paciente sobre las funciones, honorarios, políticas, procedimiento y personal de la clínica.

La entrevista para historia clínica se utiliza para indagar sobre la historia personal social de la forma más completa posible. Su propósito es proporcionar unos antecedentes y contexto amplios en los que pueda colocarse tanto al paciente como al problema. Esta información se usará para colocar los problemas del paciente en un contexto histórico y de desarrollo apropiado, de modo que su significación diagnóstica e implicaciones terapéuticas puedan determinarse de manera más confiable.

Un examen de estado mental se realiza para evaluar la presencia de problemas cognoscitivos, emocionales o conductuales. Se evalúa la presentación general, el estado de conciencia, atención y concentración, discurso, orientación, estado de ánimo y afecto, forma y contenido del pensamiento, capacidad para pensar en abstracto, percepciones, memoria, funcionamiento intelectual, insight y juicio. Por lo general se realiza en un ambiente de entrevista (durante la entrevista de admisión, diagnóstica o de historia clínica) y no se emplea un formato estructurado en el que se examina formalmente al individuo. El clínico observa con cuidado la conducta del individuo, entabla una conversación informal y explora las áreas pertinentes que se acaban de mencionar. También observa la apariencia del paciente y puede pedirle que desempeñe ciertas tareas que reflejen funciones psicológicas particulares (Sarason, I.G.y Sarason B.R., 2006).

Las entrevistas durante la crisis o de intervención en crisis tienen como propósito enfrentar los problemas a medida que ocurren y proporcionar un recurso inmediato. Su intención es desviar el potencial de que ocurra un desastre y alentar a quienes llaman o acuden a entrar en una relación clínica o hacer una referencia de modo que pueda elaborarse una solución a mayor plazo. Regularmente se realizan en clínicas especiales y/o por teléfono y requieren de entrenamiento, sensibilidad y juicio.

La entrevista diagnóstica se utiliza principalmente para generar informes para compañías de seguros, protocolos de investigación o procedimientos legales, en los que se requiere una valoración diagnóstica. En estas entrevistas se buscan la presencia de trastornos o rasgos de personalidad estandarizados que pueden ser reportados según los criterios del DSM o CIE. Estas entrevistas suelen ser estructuradas y algunas se pueden aplicar por computadora.

La entrevista terapéutica o sesión de terapia ocurre después de que se realizó una evaluación preliminar. En relación a los pasos del método clínico que se están describiendo, ésta se presenta una vez establecido un diagnóstico informal o formal, y al mismo tiempo, constituye un espacio para realizar una observación del paciente, para indagar nueva información, que se podrá abstraer y, en cuando se requiera, generar un nuevo diagnóstico o hipótesis, que más adelante se confirmará o desechará. El objetivo de la entrevista terapéutica es modificar la conducta y las actitudes desadaptadas. Por lo general, en las entrevistas participan dos individuos, el entrevistador y el paciente, aunque en ocasiones se incluyen a otras personas, como los miembros de la familia, si es que el tipo de intervención realizado lo requiere (Sarason I.G. y Sarason, B.R., 2006).

Por otra parte, las pruebas psicológicas proporcionan medidas cuantitativas de las características cognitivas, de personalidad y de conducta que contribuyen a la comprensión de la naturaleza de la desadaptación. Las pruebas de inteligencia buscan medir dos componentes: la inteligencia general, que se demuestra mediante una capacidad global para resolver problemas, y las habilidades específicas, como percepción especial. Las pruebas neuropsicológicas miden las consecuencias cognitivas, sensomotoras y perceptuales de una anomalía cerebral, como un tumor o deterioro. Existen pruebas sencillas, que de detectar alguna indicación de una anomalía cerebral, se recomendará una batería de evaluación neuropsicológica más detallada. Las pruebas o inventarios de personalidad tienen valor de predicción y pueden ser medios fáciles para entender la conducta. Las pruebas de personalidad y otros métodos de evaluación se emplean en los ambientes clínicos para realizar diagnósticos, estimar los puntos fuertes y débiles del paciente. Debido a que los

inventarios de personalidad no permiten mucha libertad de elección, algunos psicólogos clínicos prefieren utilizar técnicas proyectivas en las cuales a la persona se le muestra un estímulo ambiguo y se le pregunta qué piensa sobre éste. Los mecanismos de defensa, los impulsos latentes y las ansiedades se infieren a partir de los datos que se recopilan en las evaluaciones proyectivas (Sarason, I.G., y Sarason, B.R. 2006).

Para seleccionar las pruebas psicológicas que se van a utilizar, es importante considerar que deben reunir ciertas características como son la estandarización, validez y confiabilidad. La estandarización, entendida como que ha sido aplicada a una muestra grande y representativa de personas bajo condiciones estándar con el propósito de determinar las normas. La validez, que, como ya se ha definido, se refiere al grado en que un instrumento de evaluación mide lo que está diseñado para medir, que tenga validez de contenido, de predicción y constructo. La confiabilidad, o el grado en que una calificación o medida se encuentra libre de errores de medición, es decir, en un instrumento confiable las calificaciones obtenidas al aplicarlo son cercanas en valor numérico a las verdaderas calificaciones de los examinados (Kaplan, R.M., y Saccuzzo, D. P., 2006).

El uso profesional de las pruebas requiere que quienes las aplican, evalúan, y en general tienen acceso designado a ellas deben mantener la seguridad de los materiales de evaluación antes y después de aplicar las pruebas, deben evitar etiquetar a los individuos, con base en el resultado de una sola prueba, respetar estrictamente la ley de derechos de autor y en ninguna circunstancia fotocopiar o reproducir cuadernillos de preguntas, hojas de respuesta, libros de texto ni manuales, aplicar y calificar las pruebas exactamente en la forma que lo especifica el manual, y entregar los resultados sólo a las personas autorizadas y conforme a los principios aceptados de interpretación de pruebas. De igual manera, los datos provenientes de pruebas psicológicas sólo deben compartirse con personas ajenas en caso de absoluta necesidad. En el momento de la administración de la prueba debe avisarse a los examinados por qué están siendo sometidos a ella, quien tendrá acceso a la información y cómo se utilizará ésta. Después de las pruebas, los examinados también tienen el derecho de conocer sus resultados y lo que significan.

Excepto en circunstancias excepcionales, como cuando una persona es peligrosa para sí misma o para otros, la información de las pruebas es confidencial y no debe revelarse sin el consentimiento informado necesario. (Aiken, L.R. 2003).

Una vez aplicados los instrumentos y técnicas psicológicas, y concluida esta fase de indagación, disponemos ya del material diagnóstico. Con toda esta información se inicia la tarea de calificar e interpretar dicho material, implicando un proceso de abstracción.

### **El Tercer paso- Abstracción**

La abstracción consiste en identificar todos los elementos significativos de una situación, vivencia o conducta, tomando en consideración aquellos elementos o experiencias que aun cuando no están presentes, influyen en la actividad o conducta del sujeto, por lo que todos los datos obtenidos deberán ser enfocados en su relación psicodinámica, para obtener realmente una información completa y profunda acerca de la persona. Asimismo, hay que tomar en cuenta, la importancia del origen de las alteraciones que presenta la persona, de sus experiencias en la vida (especialmente etapas tempranas), que probablemente establecieron las normas de motivación que rigen la psicodinamia de la conducta actual. De igual manera, los factores de tipo genético y somático que deberán haberse explorado en la entrevista y a través de la observación directa.

Con los elementos obtenidos tanto por observación y la indagación durante la entrevista y la aplicación de pruebas, en este tercer paso se buscará realizar una evaluación de la conducta, de sus pensamientos y sus relaciones.

La evaluación conductual se utiliza para identificar los déficits de respuesta. Por lo regular los clínicos emplean la observación de la conducta para conseguir información que no se puede obtener por otros medios. Ejemplos de esta observación incluyen la frecuencia de un tipo particular de respuesta, como agresiones físicas con otros en el patio escolar, y observaciones por parte de los maestros de ciertas conductas como las interrupciones frecuentes de un niño en el salón de clases (Sarason, I.G., y Sarason, B.R. 2006). En el caso, de la evaluación

realizada en un ambiente como el de la Subdirección de Atención Social a Liberados, en el que no se cuenta con la posibilidad de llevar a cabo esta observación directa, se evaluará la conducta con los relatos históricos obtenidos del beneficiario durante la entrevista, tanto inicial como en las subsecuentes.

Así como es importante saber lo que hace una persona y la forma en que su conducta afecta a otras personas, también es necesario evaluar los pensamientos que pueden estar detrás de la conducta. La evaluación cognitiva proporciona información sobre los pensamientos que preceden, acompañan y siguen a la conducta desadaptativa. De igual forma ofrece información sobre los efectos de los procedimientos cuyo objetivo es modificar tanto la forma como alguien piensa sobre un problema, como la manera en que se comporta. La evaluación cognitiva se puede realizar de varias formas como por registros de pensamientos, o cuestionarios para evaluar las instrucciones auto-dirigidas, o también se pueden indagar o rescatar de la información obtenida en una entrevista.

Se reconoce como importante realizar evaluaciones de las relaciones, sobre todo de las relaciones más importantes. En general se busca caracterizar las relaciones sociales de una persona en ambientes internos y externos. La importancia se basa en la idea de que la familia es uno de los sistemas de interacción más poderosos que afectan a las personas. Conceptualizar a los pacientes sin considerar su dinámica familiar, es ver a los sumo la mitad de la imagen. Planear el tratamiento sin tomar en cuenta las necesidades y opiniones de la familia del paciente puede representar el fracaso del tratamiento. Los entrevistadores necesitan realizar algún tipo de evaluación que recopile la información tanto sobre los miembros individuales de la familia como de la familia como sistema (Sarason, I.G., y Sarason, B.R. 2006).

#### **El Cuarto paso- Integración**

Consiste en una fase de integración o diagnóstico informal.

Después de interpretar la información, se procede a integrar el material obtenido a través de la observación y entrevista, así como en las pruebas psicométricas y proyectivas, ya que cuando sólo se toman en cuenta las primeras, se corre el riesgo de hacer interpretaciones muy personales del evaluado, en función de la impresión

del examinador. Por el contrario, si estos datos no son tomados en cuenta, el resultado estará basado en inferencias muy teóricas, y difícilmente reflejarán aspectos precisos de la vida de una persona.

Implica resumir y organizar todos los datos recabados, los cuales nos aportan los conocimientos particulares y específicos para comprender identificar, diferenciar y describir la dinámica por la que la persona es como es, así como conocer la naturaleza de su trastorno o enfermedad estudiando su origen, evaluación y los signos y síntomas manifestados, los cuales nos permiten establecer un diagnóstico formal.

Esta integración se plasmará en un informe clínico, cuya responsabilidad principal es atender a las preguntas de referencia. El informe de prueba debe responder de manera cuidadosa y explícita a las preguntas que impulsaron en primer término la evaluación. Si no se pueden responder las preguntas de referencia o si de alguna manera son inapropiadas, esto se debe expresar en el informe y dar las razones para ello. En la mayoría de los casos, habrá contradicciones inherentes en los datos de evaluación. Aunque el clínico debe hacer todos los esfuerzos posibles por resolver dichas contradicciones y presentar una perspectiva unificada del paciente, existen ocasiones en que tal resolución no es posible. En tales casos, se deben describir las contradicciones. La distorsión al servicio de la consistencia no es una alternativa deseable (Trull, T.J. y Phares, E. J., 2003).

### **El Quinto paso- Diagnóstico**

Finalmente, con el material integrado se elabora el reporte psicológico de manera precisa y comprensible, a fin de facilitar la devolución de los resultados, concluyéndose así el proceso diagnóstico. Esto es, se concluye en un diagnóstico formal en el que se incluye una sugerencia terapéutica.

Las disciplinas científicas consideran que los pasos previos a la explicación y la predicción son la descripción y clasificación de los fenómenos que estudia. Durante siglos se han dedicado muchos esfuerzos a encontrar una clasificación adecuada de

los cuadros clínicos, tarea considerada imprescindible para el avance en el campo de la salud mental.

En la segunda mitad del siglo pasado los detractores de las calificaciones en Psicopatología construyeron los siguientes argumentos en contra:

- 1) Inutilidad de las clasificaciones porque no aportan datos relevantes a los problemas concretos de cada paciente y la manera de solucionarlos;
- 2) Efectos indeseables del diagnóstico provocados por los estereotipos sociales peyorativos existentes sobre la enfermedad mental;
- 3) La psicopatología trata de unas condiciones que difícilmente pueden ser reducidas a una etiqueta diagnóstica por que afectan a toda la vida humana;
- 4) Desde un punto de vista más radical, el denominado movimiento antipsiquiátrico consideró las clasificaciones como un sistema de control político encargado de detectar y reclutar a aquel sector de la población que presentase conductas diferentes a la de su grupo de referencia.

Se ha superado esta polémica y ahora se centra la crítica a las bases conceptuales de los sistemas de clasificación.

Las clasificaciones se consideran pertinentes en la psicopatología por que:

- 1) Las clasificaciones constituyen un lenguaje común que posibilita la comunicación entre profesionales. Un diagnóstico realizado en forma de categoría lleva implícito una cantidad importante de información respecto a la sintomatología, forma de inicio, pronóstico y, a veces, también sobre la etiología del trastorno. Toda esta información es transmitida por una palabra o construcción mental gracias a un código compartido entre emisor y receptor.
- 2) Las categorías nosológicas poseen capacidad pronóstica. El pronóstico guarda relación con la evolución del trastorno. Debido a la falta de conocimientos profundos sobre la etiología de los trastornos, resulta de gran utilidad conocer la evolución de los trastornos agrupados previamente en categoría para poder anticiparnos o atenuar las posibles consecuencias negativas que se han detectado en la observación clínica.
- 3) Las clasificaciones son una herramienta útil para la investigación, dado que sin un sistema taxonómico adecuado, sería imposible realizar buenos

estudios epidemiológicos, evaluar resultados de intervenciones o replicar los estudios de otros investigadores.

Actualmente las clasificaciones más utilizadas en el diagnóstico del adulto son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por las siglas DSM (cuarta edición, revisada), y el capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de la Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, conocido como CIE (décima versión). El más utilizado de los dos, en cualquier caso, es el DSM.

Las características principales de estos dos sistemas de clasificación es que son clasificaciones categoriales con un enfoque descriptivo de los síndromes clínicos. Tanto el DSM como la CIE clasifican los trastornos psicopatológicos según un enfoque categorial, es decir, cada trastorno se identifica con una categoría diagnóstica que está limitada por unos rasgos definitorios y por un conjunto de síntomas y descripciones clínicas. Así mismo, clasifica los trastornos y los agrupa en secciones en función de las características clínicas observables, que se conocen como criterios operacionales de diagnóstico (DSM) o pautas para el diagnóstico (CIE)(Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena E., 2006).

Es importante no perder de vista que la evaluación de la personalidad para llegar a un diagnóstico no es simplemente una colección de técnicas que se aplican de manera mecánica, sino tienen un aspecto integral que implica la emisión de un juicio de valor, que busca ser objetivo, esto es, lo más apegado a la realidad.

Cabe recordar que el conocimiento de los datos acumulados permite fundamentar la toma de decisiones, hacer un pronóstico y proponer las sugerencias terapéuticas

Una vez que se cuenta con el diagnóstico, se puede considerar la intervención psicológica.

La intervención psicológica es un método para inducir cambios en la conducta, pensamientos o sentimientos de una persona. Para lograr estos cambios se necesita tanto del conocimiento del terapeuta en relación a las aproximaciones teóricas ya

mencionadas (Anexo 3), sino que un conjunto de factores comunes que atraviesan varios límites teóricos y terapéuticos. Una lista de factores comunes, que según Lambert y Bergin, referidos por Trull, T.J. y Phares, E. J.(2003), categorizados según un proceso secuencial están asociados con el resultado positivos. Los factores de apoyo (por ejemplo, relación positiva, confianza) establecen las bases para los cambios en las creencias y actitudes del cliente (es decir, factores de aprendizaje, como el aprendizaje cognoscitivo y el insight), que entonces conducen al cliente a la acción o cambio conductual (por ejemplo, esfuerzos de dominio y aceptación de riesgos).

Aunque cada intervención es diferente según el terapeuta, la aproximación teórica, el paciente y el ambiente en el que se desenvuelva, se pueden mencionar una cierta secuencia del progreso terapéutico:

Contacto inicial, cuando los pacientes se ponen en contacto por primera vez con la clínica o entran al consultorio del clínico. Evaluación, que se lleva a cabo por medio de los pasos ya descritos. Metas de tratamiento, que se puede decir es el contrato en el que entrena el terapeuta y el paciente en el que se acuerdan cuales son los problemas específicos que se busca aliviar y los medios por los cuales se busca hacerlo. A continuación está la puesta en práctica del tratamiento, que, según los elementos a los que se ha hecho referencia, puede circunscribirse mucho y tratar sólo con cierta fobia o cubrir un enfoque más general dirigido al estilo de personalidad del paciente. Todo ello debe describirse de manera cuidadosa al paciente en términos de la relación del tratamiento con sus problemas, duración de tiempo requerida, e inclusive las dificultades y momentos de prueba que pueden estar en el futuro. A medida que el terapeuta comienza a creer que el paciente es capaz de manejar de manera independiente sus problemas, se inician pláticas sobre la terminación. En ocasiones es un proceso gradual en que las reuniones se reducen, en ocasiones los pacientes terminan de manera repentina, y en algunos casos, antes de que el terapeuta sienta que es apropiado. Es importante valorar con los pacientes el progreso efectuado. Los terapeutas también deberían recopilar datos y tomar notas del progreso para valorar la calidad de sus propios esfuerzos o

de los servicios de la institución y para continuar mejorando los servicios que dan a sus pacientes.

Aun cuando no todos los beneficiarios de los servicios de la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo cumplen con el criterio del Trastorno Antisocial de la Personalidad, como se describe en el DSM-IV-TR, estar sentenciados por un crimen sugiere que presentan un comportamiento antisocial.

### **Trastorno Antisocial de la Personalidad**

Este diagnóstico está reservado para individuos mayores de 18 años quienes tienen una historia de síntomas de trastornos de comportamiento antes de los 15 años. La denominación, comportamiento adulto antisocial, se utiliza para describir una conducta agresiva, criminal u otra que sea antisocial, que no cumple el criterio completo para el trastorno antisocial de la personalidad.

La formulación integrativa puede ser de ayuda para entender cómo se desarrolló la personalidad antisocial y como se mantiene. Biológicamente, las personalidades antisociales manifiestan temperamentos de "niños difíciles". Como tal son impredecibles, tienden a retraerse de situaciones, muestran alta intensidad, y tuvieron un ánimo algo bajo y de disgusto. Este infante con un patrón de mal temperamento ha sido descrito como resultado, en parte, por un umbral bajo de estimulación límbica y una disminución en centros inhibitorios del sistema nervioso central. Sus tipos de cuerpo tienden a ser endomórficos -delgados y frágiles- o mesomórficos- atléticos.

Psicológicamente, su visión de sí mismos, de los demás, del mundo y del propósito de la vida, puede ser articulada en términos de los siguientes temas: Tienden a verse a sí mismos con algunas variantes del tema "Son astuto y merezco obtener lo que yo quiera.", en otras palabras, se ven a sí mismos como fuertes, competitivos, enérgicos y duros. Su visión de la vida y del mundo es una variante del tema: "La vida es tortuosa y hostil, las reglas evitan que satisfaga mis necesidades." Sin sorprender, sus metas de vida son una variante del tema: "Luego entonces, abusaré de las reglas o las romperé porque mis necesidades tienen prioridad, y me

defenderé contra los esfuerzos de ser controlado o denigrado por los demás." Las actuaciones (acting out) y las racionalizaciones son mecanismos de defensa comúnmente usados por personalidades antisociales.

Comúnmente, el estilo parental está caracterizado por hostilidad y modelamiento parental deficiente. El mandato parental es "El fin justifica los medios." Entonces, el comportamiento vengativo es modelado y reforzado. La estructura familiar tiende a ser desorganizada y desunida. El patrón antisocial es confirmado, reforzado y perpetuado por el individuo siguiente y los factores del sistema: La necesidad de ser poderoso y el temor a ser abusado y humillado lleva a una negación de las emociones "suaves" más una falta de cooperación. Esto, junto con la tendencia a provocar a los demás, lleva a un mayor reforzamiento de las creencias y comportamientos antisociales.

Entrevistar a individuos con una personalidad antisocial trastornada puede ser particularmente retador. Aunque es fácil comunicarse con ellos mientras el clínico les dé por su lado, se pueden enojar y ser críticos cuando el clínico se resiste a sus manipulaciones. Es muy difícil mantenerlos concentrados en su impulsividad, irresponsabilidad, o las consecuencias negativas de sus acciones. Esta falta de autenticidad y sinceridad limitan el rapport. Aun así, estos individuos anhelan atención, y los clínicos pueden estimular una discusión al alentarlos a mostrar sus logros. Al evitar un tono juicioso o acusatorio, el clínico puede lograr alentar la cooperación y explorar las consecuencias negativas de sus acciones.

Cuando son reacios a cooperar, responder preguntas, o adoptan una postura de queja u hostil, el clínico debe mostrar indiferencia o comenzar a concluir la entrevista. Cualquiera de estas dos estrategias puede lograr una rápida inversión del comportamiento, sin embargo, aun cuando normalmente no experimentan remordimiento sobre su engaño y maltrato a los demás, se puede hacerles darse cuenta que no les está yendo bien y que están arruinando su vida. El clínico puede establecer rapport y revisar sus dificultades libres de distorsión y mentiras al mostrar empatía por las consecuencias de su comportamiento y sus fracasos. Solamente cuando perciben al clínico como un aliado no castigador quien apoyará sus metas constructivas y como alguien quien muestra comprensión de su incapacidad de

seguir formas sociales, puede comenzar una forma de alianza terapéutica (Sperry, L. 2003). Como Anexo 4 se presenta el criterio para el diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad según el DSM-IV-TR y sus características.

## **VI. RESULTADOS OBTENIDOS**

Como se ha mencionado, realizar el servicio social en la Subdirección de Asistencia Social a Liberados fue una gran experiencia en la que se me permitió participar en todas las actividades que desarrollan los psicólogos dentro de ella.

El programa y el apoyo de la maestra Hayde Cristina Basurto Sánchez, me permitió obtener conocimientos tanto por recibir capacitación explícita, como por realizar investigaciones de algunos temas y participar en equipo de reflexión de bibliografía. En relación a la capacitación explícita, participé en un curso de Entrevista Motivacional, impartido por el área de Investigación y Enseñanza de los Centros de Integración Juvenil. Por medio de las lecturas de preparación (Rollnick, S. y Miller, W. 1995; Lizárraga, S. y Ayarra, M. 2001; Hettema, J., Steel, J., y Miller, W., 2005) fortalecí mis conocimientos en relación a esta técnica de intervención y durante el curso conocí su aplicación para el tratamiento de personas que sufren de algún trastorno por abuso o dependencia de sustancias. También participé en el taller, impartido por estudiantes de la Maestría en Terapia Familiar impartida por la Facultad de Psicología, sobre Terapia de Pareja. En este taller se estudiaron los tipos de problema que más comúnmente se presentan dentro de la pareja y algunas técnicas sistémicas para abordarlos.

De igual manera para poder dirigir las sesiones de terapia individual, con las dos beneficiarias a quienes atendía como co-terapeuta, en las que les enseñamos las técnicas de relajación autógena de Shultz y la progresiva de Jacobson, volví a repasar las bases e indicaciones de estas técnicas (Vera, M.N. y Vila, J. 1993), y pude ver como cada una respondió de manera distinta al ensayo y utilización de estas herramientas.

El equipo de psicología de la Subdirección cuenta con un espacio de capacitación continua y de supervisión de casos que es dirigido por la Dra. Graciela De La Concepción González -parte del Grupo de Campos Elíseos de Terapia Familiar Sistémica, quien durante el periodo de la prestación de servicio social guio sesiones de reflexión sobre las relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas, como las concibe Harlene Anderson y su equipo de Terapia Familiar Sistémica del Houston Galveston Institute (2012). De igual manera se expusieron los conceptos básicos de los medios narrativos para fines terapéuticos de White, M. y Epston, D.

(2010). Algunos de los principios que estos autores establecen los aplicamos al hacerle una carta a la beneficiaria A en las que reconocíamos su historia de vida, así como sus ganas de cambiar su manera de relacionarse con las personas cercanas a ella, la gran posibilidad de lograrlo y nuestro compromiso por seguir trabajando con ella. No pude estar presente, por razones de horario, cuando se le entregó la carta, pero después de esta entrega se pudo percibir una mayor apertura al tratamiento al compartir más de los sentimientos negativos que experimentaba y no entendía.

Así mismo, por medio de la observación, pude conocer otras técnicas terapéuticas. A lo largo del tratamiento con la beneficiaria A, la psicóloga responsable, quien tiene un grado de maestría en psicoterapia Gestalt, llevo a cabo varias técnicas como pedirle a la beneficiaria, quien se quejaba de sentir una gran culpa que no la dejaba disfrutar nada, que escribiera una carta a la culpa y después que la culpa le escribiera una carta a ella. Así mismo, para ejercitar su empatía le pedía que hablara de ella misma como si fuera su hermana, de quien la beneficiaria se quejaba. El enfoque principal era identificar y hablar de las emociones de A, lo cual se pudo hacer mejor una vez que la ansiedad que mostraba al principio de la mayoría de las sesiones se controlaba por medio de la respiración. Aunque para poder aplicar estas técnicas requeriría un estudio más profundo de ellas, fue muy interesante conocerlas y ver el efecto en el desarrollo de la intervención terapéutica.

La población atendida por la Subdirección de Asistencia Social a Liberados muestra en su gran mayoría rasgos, y algunos cumplen los criterios, del Trastorno Antisocial de Personalidad. Al observar el desarrollo de las entrevistas, apoyarme en la calificación de las pruebas psicológicas y en la integración del reporte del estudio psicológico, puede identificar, guiada por los psicólogos de la Subdirección, las características de esta patología como son: un comportamiento impulsivo, hostil, estafador, enérgico, tomador de riesgo, buscador de emociones, mal genio, abusivo verbal y físicamente; un estilo interpersonal opositor, agresivo, calculador, competitivo, mal perdedor y desconfiado; un estilo cognitivo impulsivo, inflexible, y orientado externamente, obstinado, realista, y sinuoso, defensa de actuación (acting out); un estilo emocional elocuente, superficial, evitando las emociones "suaves" que les representan debilidad; y un estilo de apego de temor y desestimación

(Sperry, J. 2003). Este conocimiento me permitió poder obtener mayor información al conducir entrevistas iniciales, mejorar mi interpretación de las pruebas psicológicas y aportar más en la integración y diagnóstico de los beneficiarios a los que entrevistaba.

Durante las entrevistas iniciales pude experimentar el cambio de actitud de los beneficiarios que normalmente llegan a su primer encuentro con el equipo de psicología con una expectativa negativa, de juicio o desestimación, y que al ser tratados con respeto y cordialidad, se modifica en el transcurso de la entrevista. La gran mayoría se muestra aliviada al encontrar un espacio en el que puede contar las situaciones que le afligen, y que probablemente es el único que encuentra. Logré identificar los cambios de ritmo de voz o el intento de cambio de tema, que utilizan los entrevistados y son indicadores de un tema que se debe indagar a mayor profundidad, sin embargo también aprendí lo importante de la sensibilidad para saber qué tipo de preguntas hacer para evitar la resistencia a esta indagación, así como entender cuando esta búsqueda se debe posponer a otro momento por el riesgo de generar una mayor resistencia o una mayor molestia en el paciente.

Una vez familiarizada con el formato de la entrevista inicial, y la información precisa que se debe de obtener en ella, pude conducirlas con mayor libertad, y solamente tomando notas de lo necesario, y de esta manera poder escuchar y encaminar mejor al beneficiario, y darle más libertad de que expresara sus inquietudes. De igual manera, una vez que conocí bien las áreas a evaluar y reportar en el llamado "Estudio Psicológico" aprendí a formular las preguntas de tal manera que pudiera obtener la información necesaria, a aplicar, calificar e interpretar las pruebas realizadas de manera que se contaran con todos los elementos necesarios para el diagnóstico.

Mi participación en la impartición de los talleres psicoeducativos me permitió un espacio para escuchar las inquietudes de los beneficiarios, para ejercitar mis habilidades de comunicación y manejo de grupo. También la importancia de mostrar respeto en cada momento dándoles el tiempo adecuado para participar dentro de los talleres, ya que éstos son espacios claves para engancharlos y que acepten los otros servicios que ofrece la Dirección de Reinserción Social por el Empleo.

Al ser supervisada por la responsable de la Subdirección, pude tener un mayor contacto con los aspectos administrativos de la Dirección de Reinserción Social por el Empleo y en general conocer a mayor profundidad el desarrollo de las actividades del Sistema Penitenciario Federal de nuestro país. Estos conocimientos me ayudaron a entender más la actitud de los beneficiarios hacia lo que ellos entienden como “autoridad” y la desconfianza que muestran hacia los servicios ofrecidos por la Subdirección, así como la importancia de mostrar respeto y empatía por ellos, que aunque es importante mostrarla a todos los pacientes, es relevante hacerla mucho más explícita hacia ellos. Pude conocer mejor las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social de la Subdirección, que incluyen visitas domiciliarias y seguimiento cercano de caso de cada uno de los beneficiarios, y lo indispensable que es para la reinserción de los beneficiarios. No podría distinguir que tanto es la profesión y que tanto la dedicación personal de quienes trabajan ahí, pero no puedo más que expresar mi admiración y respeto al equipo de trabajo.

Los psicólogos que conforman el Departamento de Atención Psicológica y Jurídica, fueron designados a este equipo, provenientes de otras instancias de la Secretaría de Seguridad Pública. Así como su formación psicológica es diferente y unos tienen especialidades en psicología social, terapia familiar, y maestrías en terapia cognitivo-conductual, en psicoanálisis, en psicoterapia Gestalt y terapia sistémica familiar, sus experiencias profesionales van desde la consulta privada, entrenamiento en la Academia Nacional de Administración Penitenciaria, tratamiento de menores infractores y psicólogo penitenciario de CEFERESO de alta seguridad. Contar con el apoyo y la posibilidad de discutir casos con personas con formaciones y experiencias tan diferentes aportó mucha riqueza tanto a los informes e intervenciones en los que participé como a mi conocimiento de la práctica de la psicología clínica en general.

## **VII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**

La primera vez que un beneficiario pide uno de los servicios ofrecidos por la Subdirección tiene una entrevista con Trabajo Social, y si requiere atención psicológica, canalización a empleo o capacitación, se deriva al Departamento de Atención Psicológica y Jurídica, en dónde tendrá una segunda entrevista. Una vez que se recolecta la información básica necesaria por parte de Trabajo Social y de Psicología, cuando aplique, el caso es presentado por los responsables al Consejo Técnico de Reinserción Social por el Empleo, para obtener la aprobación de la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo y poder prestar los servicios específicamente requeridos por el beneficiario. Este Consejo está compuesto por las cabezas de la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo, la Subdirección de Asistencia Social a Liberados y la Subdirección de Promoción del Empleo y Capacitación Laboral a Liberados, del Departamento de Evaluación Asistencias y Seguimiento, del Departamento de Atención Psicológica y Jurídica, así como los trabajadores sociales y psicólogos invitados a presentar sus casos.

Cada nuevo caso debe ser presentado en el Consejo siguiente a la entrevista inicial de la Subdirección con el beneficiario, así como los expedientes considerados para dar de baja, los casos en los que los beneficiarios requieran de un apoyo distinto al que estaban recibiendo y de los casos que presenten cualquier tipo de modificación o requieran ser traídos a la atención del Consejo a criterio de los responsables por parte de trabajo social y psicología. Sin embargo, muchos casos que pudieran mejorar si tuvieran retroalimentación del Consejo no son presentados por el psicólogo responsable, ya sea por la carga de trabajo que implica presentar un caso en el Consejo o porque valora que el tratamiento va en buen desarrollo. La "sabana" o formato en el que se presentan los casos al Consejo requiere los datos generales del expediente o beneficiario, y en formato libre pide el "asunto a evaluar" en el que se incluye el "plan social", o lo propuesto por Trabajo Social y "plan psicológico", o lo propuesto por el psicólogo responsable. Una vez expuesto el caso al Consejo se completa el formato en la tercera sección de "acuerdo del consejo".

Por otro lado, la persona encargada de supervisar los tratamientos psicológicos es la Subdirectora de Asistencia Social a Liberados, ya que a diferencia de la Jefa del Departamento de Atención Psicológica y Jurídica, quien es abogada de profesión,

ella tiene un título de licenciatura y maestría en psicología. Ella recibe cada semana una lista de los expedientes activos de lo que cada psicólogo es responsable, en el que se muestra el estatus de cada uno y los servicios que está recibiendo. De acuerdo a su criterio, revisa los expedientes y pide alguna explicación a los responsables en caso de tener alguna duda. Hablando con ella sobre la dificultad de supervisar a psicólogos que utilizan diferentes métodos y que se adscriben a diferentes teorías psicológicas, ella agrega el problema de que cada uno llena las hojas en las que se reportan las sesiones "subsecuentes" de orientación psicológica con diferentes estilos y que la mayoría no incluye la información necesaria para determinar el curso del tratamiento.

Para atender estas dos situaciones, me parece que contar con un procedimiento único para la formulación de casos y diseño de tratamiento ayudaría tanto a contar con mayor información al inicio de un tratamiento psicológico, como para su seguimiento y supervisión.

El formato actual del Estudio Psicológico ayuda a proveer suficiente información para tomar una decisión en cuanto a la aptitud del beneficiario o familiar para acceder a los servicios de canalización de empleo y capacitación; para ofrecer atención psicológica, este formato se vería robustecido si incluyera una descripción suficientemente explícita de los problemas o trastornos de los beneficiarios así como una propuesta de plan de tratamiento el cual fuera claro y el supervisor pudiera darle seguimiento.

Como lo menciona Eells T.D. (2007) una formulación de caso de psicoterapia es una hipótesis sobre las causas de los problemas psicológicos, interpersonales, y conductuales de una persona, sus elementos precipitantes, e influencias que los mantienen. Una formulación de casos ayuda a organizar la información sobre la persona, y, de forma particular, cuando ésta contiene contradicciones o inconsistencias en el comportamiento, emociones y contenido del pensamiento. Idealmente, contiene estructuras que permiten al terapeuta entender estas contradicciones y a categorizar las clases importantes de información dentro de una visión suficientemente incluyente del paciente. Esta herramienta también sirve como un plano que guía el tratamiento y una línea base para notar cambios. Se espera

que de igual manera ayude al terapeuta a experimentar una mayor empatía por el paciente y anticipar posibles rupturas en la alianza terapéutica.

Una formulación de casos es una hipótesis, y puede incluir inferencias sobre predisposiciones o antecedentes que resultaron en una vulnerabilidad, y fueron traumas infantiles, historial de aprendizaje patogénico, influencias biológicas o genéticas, influencias socioculturales, contingencias o refuerzos activos, o esquemas desadaptativos y creencias sobre sí mismo y los otros. La naturaleza de esta hipótesis puede variar ampliamente dependiendo cual teoría de psicoterapia y psicopatología use el clínico. Al igual que todas las hipótesis, la formulación de casos está sujeta a revisión en cuanto nueva información surja, como se indica en la prueba de la hipótesis de trabajo, y cuando el clínico vea al paciente a través del lente de un marco teórico alterno.

Debido a que las intervenciones a nivel individual para la conducta antisocial están basadas en supuestos teóricos de que la conducta antisocial es aprendida y mantenida por la experiencia interactiva con adultos y coetáneos, y que se relaciona con déficit en las habilidades sociales y cognitivas necesarias para la interacción apropiada, y que son estas las que deben trabajarse en estas intervenciones, aunado a que son incapaces de cambiar mediante introspección, podemos considerar que los modelos de tratamiento cognitivo conductuales son los más adecuados para los beneficiarios (Cuevas M.C., 2003; Millon, T., Grossman S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R., 2006).

Persons, J. y Tompkins M.A. (2007) establecen que una formulación de casos Cognitivo-Conductual consta de tres elementos: evaluación, formulación e intervención. La información obtenida durante la evaluación se usa para desarrollar la formulación, que es la hipótesis sobre las causas del trastorno y problemas del paciente, y que se utiliza como base de la intervención. Al avanzar el tratamiento, el terapeuta regresa a la fase de evaluación, recopilando información para monitorear el proceso y progreso de la terapia y utilizando esta información para revisar la formulación y la intervención cuando es necesario.

Aunque lo más recomendable para elegir el modelo de formulación de casos y diseño de tratamiento para utilizar, sería hacer una revisión de los modelos

existentes y ver cuales, a juicio del supervisor, sería el más adecuado, se puede sugerir el modelo del mapa clínico de patogénesis y el mapa de alcance de metas descrito por Nezu, A. M., Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). Este modelo ofrece de forma gráfica una idea clara y concisa de la hipótesis con la que trabaja el terapeuta y el plan de tratamiento al que se le puede dar seguimiento.

El mapa clínico de patogénesis contiene las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado. Incluye las variables distantes o factores históricos o de desarrollo que puedan ser causantes del surgimiento inicial de vulnerabilidades particulares o de los trastornos psicológicos o síntomas de angustia en sí mismos; las variables de antecedentes, que abarca cualquiera de las variables relacionadas con el paciente y relacionadas con el ambiente que operan como estímulos desencadenantes o discriminativos próximos para otros factores de resultados instrumentales o para síntomas angustiantes en sí. Así mismo se incluyen las variables orgánicas que representan mediadores de respuesta o moderadores de respuesta; las variables de respuesta, que se asocian de manera muy estrecha a una de las metas de resultados finales del paciente o el conjuntos de síntomas angustiantes que constituyen los resultados finales mismos; y las variables de consecuencia que se presentan como reacción a una variable de respuesta determinada, y que pueden ser inmediata (las que normalmente refuerzan la conducta) y de largo plazo (en las que se muestra más fácilmente la disfunción). Se anexa un ejemplo (Anexo 5).

El mapa de alcance de metas representa la ubicación actual del paciente y a dónde quiere llegar. Incluye una lista de metas de resultados instrumentales pertinentes u obstáculos para alcanzar una meta y metas de resultados finales. La elaboración de este mapa implica listar los enfoques del tratamiento seleccionado que operen como medios para alcanzar metas. El mapa muestra, entonces, la relación ente las estrategias potenciales de intervención, los objetivos del tratamiento y las metas de resultados finales. Se anexa un ejemplo (Anexo 6).

Este modelo permite la integración de estrategias que pertenezcan a una teoría psicológica diferente a la cognitivo-conductual, manteniendo la posibilidad de supervisar de una manera adecuada el establecimiento de las metas del tratamiento

y el avance, por parte del responsable de la Subdirección, así como por los miembros del Consejo Técnico.

## **VIII. REFERENCIAS**

- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación (11ma ed.)*. México: Pearson Educación.
- Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: Ideas para una práctica sensible a lo relacional. *Family Process*, 51 (1), 1-20.
- Beck, A.T., Freeman, A, Davis, D. D. y asociados. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders (2nd ed)*. New York: The Guilford Press.
- Cuevas De Del Real, M.C. (2003) Los factores de riesgo y la prevención de la conducta antisocial. *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. Silva, A (coord.). México: Editorial Pax.
- De los Ríos, A. (2006). Evaluación mental del adolescente y el adulto sanos. En *Semiología médica integral* Duque L.G. y Rubio, H. (editores). Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Díaz, I. (1998). *Técnicas de la entrevista psicodinámica*. México: Pax Editores.
- Díaz, J., Gallego, B.R., Calles, A., (2011). Bases y particularidades del método clínico en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 27(2),232-244.
- Díaz, V. P. (2009). *Metodología de la investigación científica y bioestadística: para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud (2nda ed)*. Santiago: Ril editores.
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation (2nd ed)*. New York: The Guilford Press.
- Gutiérrez, C. (2005). *Introducción ala metodología experimental*. México: Limusa.
- Hernández, J.C. (2010). La vulnerabilidad del método clínico. *Medisur*, 8(5), 134-143.
- Hernández, R. (2010). Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. *Medisur*, 8(5), 63-67.
- Hernández, R., Fernández, C.,y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación (5ta ed.)*. México: McGraw Hill.
- Hettema, J., Steele, J.y Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

- Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Kamil, M.L., Pearson, P.D., Birr Moje, E. y Afflerbach, P.P. (2011). *Handbook of reading research*. New York: Routledge.
- Kaplan, R.M., y Saccuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas: Principios, aplicaciones y temas* (6ta ed). México: Thomson.
- León, O.G. y Montero, I. (2006). *Metodologías científicas en psicología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Lizárraga, S., y Ayarra, M. (2001). Entrevista Motivacional. *ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (2), 43-53.
- López, A.R. (2003). *La orientación vocacional como proceso*. Bueno Aires: Bonum.
- Millon, T., Grossman S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R., (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2nda ed). Barcelona: Masson.
- Nezu, A. M., Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Persons, J. y Tompkins M.A. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulation. *Handbook of Psychotherapy Case Formulation Eells, T.D. (editor)*. New York: The Guilford Press.
- Rollnick, S., y Miller, W.R. (1995). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23,325-334.
- Sarason, I.G., y Sarason, B.R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11ma ed.). México: Pearson Educación.
- Secretaría de Seguridad Pública (2003) *Manual de Organización Específico de la Dirección General de Instituciones Abiertas, Prevención y Readaptación*.
- Secretaría de Seguridad Pública (2008) *Estrategia penitenciaria*. Recuperado 28 agosto 2012.  
[http://www.redlece.org/IMG/pdf/Manual\\_Estrategia\\_Penitenciaria\\_MX.pdf](http://www.redlece.org/IMG/pdf/Manual_Estrategia_Penitenciaria_MX.pdf)
- Secretaría de Seguridad Pública. *Objetivos*. Recuperado 28 de agosto 2012  
[http://ssp.gob.mx/portaWebApp/wlp.c?\\_\\_c=1000](http://ssp.gob.mx/portaWebApp/wlp.c?__c=1000)

Sperry, L. (2003). Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders (2nd ed). New-York: Brunner-Routledge.

Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica* (4ta ed). México: Limusa.

Trull, T.J. y Phares, E. J.(2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6ta ed) México: Thomson.

Vera, M. N. y Vila, J. (1993). Técnicas de relajación. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2a ed) Caballo, V.E. (comp.). Madrid: Sigo XXI.

White, M. y Epton, D. (2010). Medios narrativos para fines terapéuticos (5ta ed). Barcelona: Paidós.

Zamora, A. (2011). *La aplicación del análisis vivencial de los sueños en la práctica de la psicoterapia*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.

## **IX. ANEXOS**

## Anexo 1

### PERFIL DEL BENEFICIARIO 2011

Estudio realizado en abril 2012

#### Metodología

Tomando en cuenta que el total de expedientes son 248, se decidió tomar una muestra a partir del expediente 127 al 248.

De acuerdo a las variables contempladas para el análisis del Perfil de Beneficiario, y los que contenían la información completa, se tiene una muestra de 86 expedientes que satisfacen los requerimientos para dicho estudio.

#### Características Generales

¿A quién se le brindó el servicio?		
	Frecuencia	Porcentaje
Liberado	2	2.3
Preliberado	84	97.7
Total	86	100.0

Sexo de la persona que solicita el servicio		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	76	88.4
Femenino	10	11.6
Total	86	100.0

Edad de la persona que solicita el servicio		
	Frecuencia	Porcentaje
18- 34 años	57	66.3
35- 54 años	27	31.4
55- 70 años	2	2.3
Total	86	100.0

Escolaridad			
	Frecuencia	Porcentaje	
Primaria	18	20.9	
Secundaria	44	51.2	
Preparatoria	12	14.0	
Carrera técnica	3	3.5	
Profesional	9	10.5	
Total	86	100.0	

¿Cuál es el estado civil de la persona que solicitó el servicio?			
	Frecuencia	Porcentaje	
Soltero	39	45.3	
Casado	10	11.6	
Unión Libre	25	29.1	
Divorciado/ separado	11	12.8	
Viudo	1	1.2	
Total	86	100.0	

¿A qué se dedica?			
	Frecuencia	Porcentaje	
Oficios	39	45.3	
Técnico	5	5.8	
Profesional	4	4.7	
Desempleado	38	44.2	
Total	86	100.0	

Tipo de delito			
	Frecuencia	Porcentaje	
Primodelincuente	75	87.2	
Reincidente	8	9.3	
Multireincidente	3	3.5	
Total	86	100.0	

## Contexto

Delegación o Municipio en el que reside la persona.		
	Frecuencia	Porcentaje
Gustavo A Madero	4	4.7
Azcapotzalco	5	5.8
Cuahuتمoc	4	4.7
Venustiano Carranza	7	8.1
Benito Juárez	1	1.2
Alvaro Obregon	6	7.0
Cuajimalpa	1	1.2
Iztacalco	1	1.2
Iztapalapa	15	17.4
Coyoacan	1	1.2
Magdalena Contreras	1	1.2
Tlahuac	4	4.7
Xochimilco	1	1.2
Tlalpan	3	3.5
Area Metropolitana	26	30.2
Otros	6	7.0
Total	86	100.0

Ubicación de Zona		
	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	75	87.2
Suburbana	9	10.5
Rural	2	2.3
Total	86	100.0

## Salud y Consumo de Sustancias

¿Padece alguna enfermedad?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	22.1
No	67	77.9
Total	86	100.0

¿Dónde recibe atención médica?		
	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	7	8.1
ISSSTE	1	1.2
Seguro popular	19	22.1
Sector salud	12	14.0
Omitió	17	19.8
No está asegurado	13	15.1
Particular	17	19.8
Total	86	100.0

¿Consume sustancias?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	68	79.1
No	18	20.9
Total	86	100.0

Inicio de consumo.		
	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 15 años	20	23.3
De los 16 a los 35 años	45	52.3
Después de los 35	4	4.7
Nunca ha consumido	15	17.4
Omitió	2	2.3
Total	86	100.0

¿Recibió atención profesional?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	34.9
No	49	57.0
Omitió	7	8.1
Total	86	100.0

## Familia

Tipo de Familia		
	Frecuencia	Porcentaje
Origen	34	39.5
Nuclear	24	27.9
Extensa	18	20.9
Reconstruida	5	5.8
Monoparentales	5	5.8
Total	86	100.0

¿Tiene Hijos?			
	Frecuencia	Porcentaje	
Sí	41	47.7	
No	45	52.3	
Total	86	100.0	

Tipo de comunicación			
	Frecuencia	Porcentaje	
Asertiva directa	32	37.2	
Superficial	48	55.8	
Agresiva	6	7.0	
Total	86	100.0	

Tipo de Límites			
	Frecuencia	Porcentaje	
Firmes/claros	27	31.4	
Rígidos	2	2.3	
Difusos	57	66.3	
Total	86	100.0	

Tipo de autoridad			
	Frecuencia	Porcentaje	
Firme y flexible	31	36.0	
Autoritaria	4	4.7	
Manipuladora	2	2.3	
Rígida	1	1.2	
Sobreprotectora	11	12.8	
Indiferente y permisiva	8	9.3	
Incongruente e inconsistente	29	33.7	
Total	86	100.0	

Nivel socioeconómico familiar			
	Frecuencia	Porcentaje	
Proletaria	57	66.3	
Medio	28	32.6	
Medio alto	1	1.2	
Total	86	100.0	

## Psicología

Tolerancia a la frustración		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	32	37.2
Medio	32	37.2
Alto	2	2.3
Sin dato	20	23.3
Total	86	100.0

Control de impulsos		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	30	34.9
Medio	34	39.5
Alto	2	2.3
Sin dato	20	23.3
Total	86	100.0

¿Ha recibido atención psicológica?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	55.8
No	35	40.7
Omitió	3	3.5
Total	86	100.0

## Anexo 2



Subsecretaría del Sistema Penitenciario Federal  
Órgano Administrativo Desconcentrado  
Prevención y Readaptación Social

SSP

GOBIERNO  
FEDERAL



DIRECCIÓN GENERAL DE INSTRUMENTOS ABIERTAS,  
PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REINCORPORACIÓN SOCIAL POR EL EMPLEO  
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y JURÍDICA

# ESTUDIO PSICOLÓGICO

## I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

XXXXXX  
Apellido paterno

XXXX  
apellido materno

V  
nombre (s)

Sexo: hombre  mujer

edad: 40 años

No. Exp: XX/11

fecha de estudio: 5 enero 2012

## II. Técnicas utilizadas:

- A) Entrevista semiestructurada
- B) Observación clínica
- C) Batería de pruebas psicométricas

Pruebas psicológicas	Fecha de aplicación
1. Dominós	26/12/11
2. Bender	26/12/11
3. Frases incompletas	26/12/11
4. Inventario de ansiedad de Beck	26/12/11
5. Persona bajo la lluvia	26/12/11
6. MMPI	29/12/11
7. Pierre Guilles Weil	29/12/11

## III. Áreas valoradas

- A) Área cognitiva:
  - Ideas irracionales hacia sí mismo y los demás: miedos de afrontamiento ante circunstancias diversas.
  - Meta cognición abstracta, poco práctica: Déficit de auto monitoreo y planeación de metas a futuro.
- B) Área educativa/ laboral:
  - Realiza estudios de secundaria (c/certificado).
  - No ha laborado.



- A) Área intelectual:
- Término medio: Su inteligencia le permite resolver problemas de regular complejidad, pero con relativo éxito ante problemas nuevos e inesperados.
- A) Área emocional:
- Se observa déficit en el manejo de la ansiedad, la ira y el miedo.
- B) Área familiar:
- Vive con sus hijos.
  - Es viuda.

#### I. Integración psicológica:

La Sra. V, de 40 años de edad, viuda, preliberado, se presenta a esta Dirección con la necesidad principal de empleo y apoyo psicológico. Refiere la muerte de su esposo (4/jun/2011) como el detonador de su soledad y melancolía. Es madre de 4 hijos, con los cuales cohabita actualmente, donde destaca un conflicto reciente con su hijo mayor por el liderazgo de su casa. Expresa de sus padres apoyo y afecto hacia ella, aprendiendo el respeto y la obediencia. Es la menor de tres hermanos, sin referir conflicto alguno. Refiere una niñez feliz y una adolescencia también. Señala tener estudios de licenciatura en robótica en Canadá (sin recordar el nombre de la universidad donde estudió ni documento alguno), pero sólo tiene documentos probatorios de secundaria. No ha laborado en ningún empleo, sólo cuidó por tres meses a una persona enferma (hace 20 años). No refiere ingesta de sustancias tóxicas. Se auto define como una persona iracunda, sin tolerancia a la frustración, de mal genio y sin amistades; pero buena madre y buena hija.

Su rango de inteligencia es de término medio: Su inteligencia le permite resolver problemas de regular complejidad, pero con relativo éxito ante problemas nuevos e inesperados.

Patrones característicos emotivo-conductuales:

No presenta un patrón persistente en su estilo cognitivo conductual que señale la presencia de un trastorno mental.

#### II. Propuesta de plan de atención psicológica

- Ofrecimiento de apoyo psicológico que le facilite el manejo de su ansiedad, la ira, y el miedo hacia su desarrollo.

#### III. Observaciones

El paciente iniciará con su procedimiento terapéutico al término de la evaluación.



## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

### EJE I TRASTORNOS CLÍNICO :

Z03.2 No hay diagnóstico, características de ansiedad y demencia [V71.09]

### EJE II TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

#### MECANISMOS DE DEFENSA:

Negación, regresión, y represión.

### EJE III ENFERMEDADES MÉDICAS:

### EJE IV. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:

PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA:

ESPECIFICAR: Secundaria terminada.

PROBLEMAS LABORALES *ESPECIFICAR:* Desempleado.

PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL O CON EL CRIMEN:

ESPECIFICAR: En proceso penal por el delito de daños a la salud.

### EJE V: ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

PUNTUACIÓN EEAG= 71

PERÍODO DE TIEMPO: ACTUAL

POR LO ANTERIOR: SE RECOMIENDA DERIVARLO HACIA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.



DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES ABIERTAS,  
PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REINCORPORACIÓN SOCIAL POR EL EMPLEO  
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL A LIBERADOS  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y JURÍDICA

## DEVOLUCIÓN DEL ESTUDIO PSICOLÓGICO

FECHA: 29 de agosto de 2012

NO. EXPEDIENTE: XX/11

NOMBRE: V

<p>PUNTOS RELEVANTES DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN</p>	<p>Su rango de inteligencia es de término medio, lo que le permite resolver problemas de regular complejidad, pero con relativo éxito en aquellos nuevos e inesperados. Sin embargo, es una persona con déficit en el manejo de la ansiedad, la ira y el miedo. Ideas irracionales hacia sí mismo y los demás. Cambios de las funciones cognitivas (deterioro de la memoria), existen alteraciones de la auto percepción. Déficit en el auto monitoreo.</p> <p>No presenta un patrón persistente en su estilo cognitivo conductual que señale la presencia de un trastorno mental.</p>
<p>RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS PARA TRATAMIENTO</p>	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar un proceso terapéutico en esta Dirección que facilite el desarrollo de sus habilidades auto regulatorias hacia el manejo de la ansiedad, la depresión y el miedo.</li> <li>• Acudir a una institución de salud para valoración neurológica.</li> <li>• Mantener su actitud de adaptación y empeño por él y su desarrollo personal.</li> </ul>
<p>ACUERDOS</p>	

## Anexo 3

Aproximaciones Teóricas De La Psicología Clínica				
Características	Psicoanálisis	Conductismo	Humanista	Sistémico
Concepto de ser humano	Sistema cerrado determinado por los primeros años de vida.	Sistema cerrado determinado por el aprendizaje del medio ambiente.	Sistema abierto influido por lo inconsciente y el contexto	Sistema abierto autorregulador, influido por todos sus miembros y en forma reciproca estos son afectados por el propio sistema
Conceptos teóricos básicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inconsciente</li> <li>- Libido</li> <li>- Transferencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta</li> <li>- Condicionamiento Operante</li> <li>- Condicionamiento Clásico</li> <li>- Pensamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomía e Interdependencia social</li> <li>- Autorrealización</li> <li>- Capacidades</li> <li>- Potencialidades.</li> <li>- Búsqueda del sentido global del ser humano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teoría de sistemas</li> <li>- Retroalimentación</li> <li>- Información</li> <li>- Adaptabilidad</li> <li>- Autoorganización</li> <li>- Estrategia</li> </ul>
Representantes principales	Desarrollaron el modelo ortodoxo de la psicología del Yo, de las relaciones objetales y las escuelas: francesa, Inglesa, americana, posklieniana y la psicología del self. Freud, S., Hartman H., Klein M., Lacan J., Fairbairn R., Guntrip, H., Balint M., Winnicott, D., Bion W., Meltzer D., Racker H., Etchegoyen H., Liberman D., Grinberg L., Mahler M., Kohot, H., Kemberg, O.	Desarrollan el conductismo y el cognoscitvismo con sus diferentes variantes Pavlov, I., Bandura, A., Watson J., Jacobson, E., Skinner, B.F., Albert E.	Desarrollan: la Psicología Humanista, la terapia centrada en el cliente, el psicoanálisis humanista, la Terapia Gestalt, el análisis transaccional, el psicodrama. Y da origen a la Terapia Holística en múltiples formas y variantes Maslow, A., Rogers, C., Fromm, E., Lowen, A., Berne, E., Moreno, J. L.	Desarrollaron los modelos: estratégico, cognitivo y estructural de la escuela de Milán y el modelo Constructivista Watzlawick P., Fisch, R., Weakland, J., Haley J., Madanes C., Erickson M., Minuchin S., Selvini, P. M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G.
Proceso salud-enfermedad mental.	Conflicto intrapsíquico. Angustia.	Aprendizaje	Tedio, aburrimiento, enajenación, vida vacía. Yo falso.	Falta de regulación
Psicodiagnóstico	Pruebas proyectivas: Rorschach, T. A. T. Fis. Machover, etc . Entrevista abierta que permite que el entrevistado comunique lo que para él es importante.	Entrevista cerrada, línea base y lista de cotejo.	Pruebas proyectivas y estructuradas. Entrevista. Abierta, tribuna libre para que exponga los motivos que considera motivo de su conflicto.	Pruebas estructuradas Entrevista circular.
Intervención	Dedos a cuatro entrevistas a la semana	Una entrevista a la semana	Una o dos entrevistas a la semana	Variada, puede ser una entrevista a la semana o cada 15 días.
Investigación	Cualitativa	Cuantitativa	Cualitativa o Cuantitativa	Cualitativa o Cuantitativa

## Anexo 4

### **DSM-IV-TR Criterios del Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)**

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

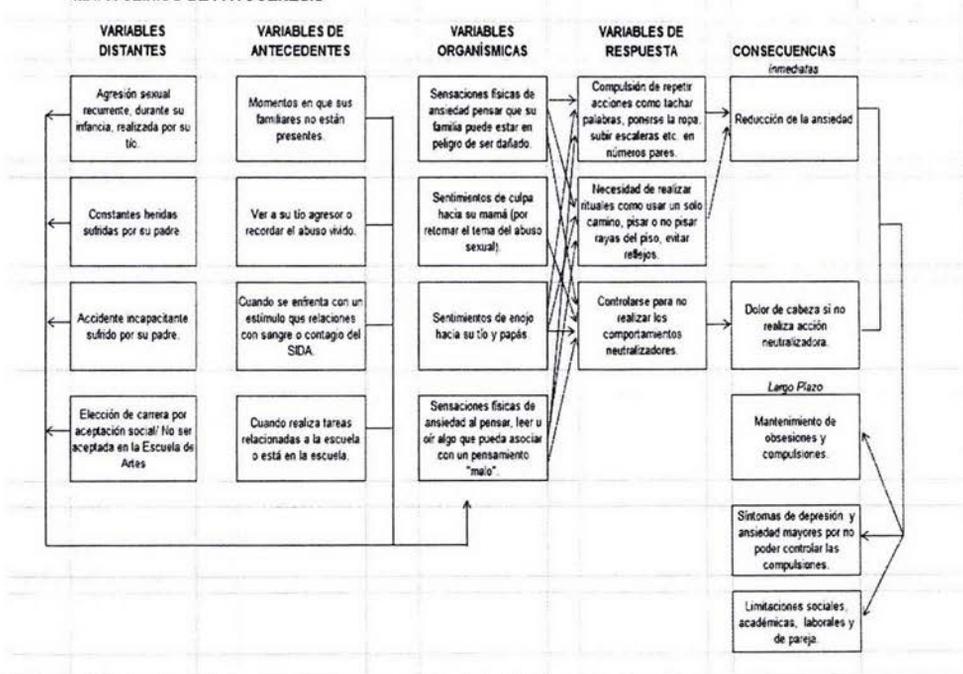
### **Características del Trastorno Antisocial de la Personalidad**

Eventos de Activación	Estándares y reglas sociales.
Estilo de Comportamiento	Enojo impulsivo, hostil, estafador, enérgico, tomador de riesgo, buscador de emociones, mal genio, abusivo verbal y físicamente.
Estilo Interpersonal	De opositor a agresivo; "astuto" y calculador; altamente competitivo y mal perdedor; desconfiado de los demás.
Estilo Cognitivo	Impulsivo, inflexible, y orientado externamente; obstinado, realista, y sinuoso; defensa de actuación (acting out).
Estilo Emocional	Elocuente, superficial; evita emociones "suaves" (i.e. calidez e intimidad), que connotan debilidad.
Temperamento	Patrón infantil de mal genio; patrón adulto agresivo, impulsivo.
Estilo de Apego	De temor y desestimación
Mandato Parental	"El fin justifica los medios."
Autopercepción	"Soy astuto y merezco lo que yo quiera." Ellos se ven como fuertes, competitivos, independientes, enérgicos y duros.
Cosmovisión	"La vida es tortuosa y hostil, y las reglas evitan que yo satisfaga mis necesidades. Por eso yo abuso o rompo las reglas, porque mis necesidades son prioritarias, y defenderé cualquier intento por ser controlado o degradado."
Esquemas Desadaptativos	Desconfianza/abuso; derecho; autocontrol insuficiente; ser defectuoso; privación emocional; abandono; aislamiento social.
Criterio Óptimo del DSM-IV-TR	Comportamiento agresivo, impulsivo, irresponsable y criminal.

Sperry, L. (2003)

## Anexo 5

### MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS



## Anexo 6

### MAPA DE ALCANCE DE METAS

