



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO EN UN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

I P S S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MANUEL PIÑA MENDOZA



DIRECTORA:
MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

COMITÉ:
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ
MTRA. INDA GUADALUPE SÁENZ ROMERO
MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA



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.

Agradecimientos

A Dios, por irme trazando mi camino y la UNAM es uno de ellos

A mi abuelita, por su compañía y por los cuidados que tuvo conmigo durante una infancia y adolescencia, eso contribuyo para un futuro llamado universidad

A mi mamá, por el gran apoyo que me ha brindado a lo largo de mi vida, el cual nunca lo olvidare y siempre le estaré agradecido, así mismo, le hago un reconocimiento por ser una mujer muy trabajadora y talentosa

A la UNAM y a mi Facultad de psicología, ambas me arroparon y me enseñaron a tener otra visión del mundo

A mi directora Karina, por su atención mostrada durante toda la elaboración de mi informe profesional, además de ser una profesional de la psicología a la cual admiro.

A las maestras Patricia De Buen, Yolanda Bernal, Inda Sáenz y Gabriela Romero, por apoyarme en mi proceso de titulación, sin ellas esto no hubiera sido posible.

A Francisco Martínez, por ser un amigo incondicional y a la vez ha sido un maestro, el cual me ha brindado su apoyo

Finalmente, al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por ser la vía de despegue para mi práctica psicológica

ÍNDICE

Resumen	4
Capítulo 1	5
El servicio social y el contexto de la institución donde se realizó el servicio social	5
Servicio Social.....	5
Informe Profesional de Servicio Social (IPSS).....	6
Institución receptora.....	6
Antecedentes de la institución receptora.....	6
Objetivos de la institución receptora.....	7
Funciones de la institución receptora.....	8
Programas de la institución receptora.....	11
Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)	13
Capítulo 2	14
Soporte teórico metodológico	14
Esquizofrenia.....	14
Trastornos relacionados con sustancias.....	20
Depresión	23
Trastorno bipolar.....	26
La entrevista	28
Definiciones de entrevista.....	28
Fases de la entrevista	30
Examen mental.....	33
Evaluación psicológica	44
Pruebas psicológicas.	46
El informe psicológico.	56
Intervención grupal	57
Breve historia de la psicoterapia de grupo.	57
El grupo terapéutico.....	59
Características de los grupos terapéuticos	61
Tácticas de intervención grupal	65
Modelos de intervención	69
Psicoterapias en la asistencia psiquiátrica	72

Capítulo 3	74
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	74
Programa de hospitalización	74
Capítulo 4	81
Resultados obtenidos	81
Consideraciones finales	86
Discusión y conclusiones	86
Limitaciones y sugerencias.....	88
Conclusión personal	90
Referencias.....	92

Resumen

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), documenta el trabajo realizado durante mi prestación de servicio social en el área de *hospitalización hombres*, el cual es uno de los programas con los que cuenta el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se menciona el rol que juega el servicio social para con los estudiantes así como todo lo relacionado a la institución receptora. En esta se describen y se sustentan teóricamente las enfermedades mentales que más predominan sobre dicha población psiquiátrica, así mismo se describen las tareas que un psicólogo ejerce en una institución psiquiátrica.

Como pasante de psicología conseguí una amplia experiencia en temas de psicopatología además de un conocimiento sobre la atención psicológica brindada a las personas que sufren de algún tipo de trastorno mental y comportamental. Con el informe se pretende identificar el trabajo que la institución psiquiátrica ofrece a la población afectada, de esta manera, es importante conocer aquellas tareas que el hospital no puede cubrir y, en consecuencia, estas tareas se puedan atender fuera del hospital.

Palabras clave: servicio social, hospital psiquiátrico, enfermedad mental, asistencia psicológica.

Capítulo 1. El servicio social y el contexto de la institución donde se realizó el servicio social

Servicio Social

El servicio social es un punto de encuentro entre la universidad y la sociedad, en donde la primera enriquece de conocimiento y habilidades a sus estudiantes, los cuales tienen contacto directo con las necesidades de la sociedad. Al ser así, la sociedad es el escenario idóneo para ampliar la etapa formativa de los estudiantes universitarios, por lo tanto, ambas son indispensables entre sí.

De acuerdo a Robles, et al. (s/f):

“El servicio social es una actividad académica temporal y obligatoria; fortalece la formación integral; es un mecanismo natural de vinculación de la comunidad educativa con la sociedad; retribuye a la sociedad a través de programas institucionales; representa un mandato constitucional, y es un requisito para la obtención del título profesional” (p.240).

El dato histórico del servicio social se encuentra en el año de 1934 con el entonces rector de la UNAM Manuel Gómez Morín, quien diseñó la primera propuesta para llevar a cabo el servicio social en toda la República. Así mismo, en 1936 el doctor Gustavo Baz Prada con su acercamiento a las comunidades rurales, efectuó el primer grupo de carácter multidisciplinario con el objetivo de atender durante cinco meses a obreros, campesinos y a la comunidad en general de Atlixco, Puebla. En este evento participaron las escuelas de medicina, Biología, Odontología, Veterinaria, Ingeniería, Arquitectura, Artes Plásticas, Música, Derecho y Química.

En 1936, Gustavo Baz Prada, jefe en turno de la dirección de la escuela de Medicina, implantó el servicio social como requisito indispensable para los pasantes de dicha carrera, y dos años después ya con el cargo de rector, lo decretó de índole obligatoria para todos los pasantes de la UNAM. Por lo tanto, el servicio social comenzó formalmente en 1936 por medio de un convenio entre la UNAM y el entonces Departamento de Salud Pública para así poder construir un servicio médico social en aquellas comunidades rurales más marginadas en

temas de salud. El servicio social nació en una época de conflicto por la que el país atravesaba, siendo así que se tenía la encomienda de atender a la población más afectada, y actualmente es una labor de universidades como de instituciones para cubrir con un tiempo de 480 horas de servicio social (Robles, et al., s/f).

Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)

El Informe Profesional de Servicio Social IPSS es una vía de titulación con la que cuenta la UNAM, por su parte la facultad de psicología pide a sus estudiantes cubrir los 310 créditos de su plan de estudios y realizar el IPSS en un tiempo determinado de dieciocho meses, es decir, que a partir de la fecha en que se finalizó el servicio social el estudiante cuenta con un año y medio para realizar el IPSS, y titularse por dicha vía. En el IPSS se documenta cada una de las actividades realizadas en la institución, ya que de esta manera se puede demostrar y evidenciar el tipo de competencias adquiridas por el prestador de servicio social, y que producto de ello desarrolló y consolidó la habilidad profesional (Gómez y Graniel, 2008).

Institución receptora

El servicio de Atención Psiquiátrica se conforma por la confederación de los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro, Dr. Samuel Ramírez Moreno, y los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco.

Antecedentes de la institución receptora.

En el siglo XX la historia de la psiquiatría en México se escribe con la construcción del Manicomio General de *La Castañeda*, el cual albergaba aproximadamente a 1000 enfermos, y fue inaugurado en 1910. A partir de esta fecha *La Castañeda* fue el escenario en donde la psiquiatría mexicana se desarrolló, sin embargo, a finales de la década de los sesenta el manicomio queda clausurado (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005).

De esta manera en 1967 queda inaugurado el 9 de mayo el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para ofrecer atención a pacientes agudos, a su vez el 28 de septiembre el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, hace lo propio con pacientes subagudos.

El 6 de agosto de 1997, se funda el Órgano Descentralizado llamado Coordinación de Salud Mental. En esa misma fecha en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, se crea el Órgano Desconcentrado denominado Coordinación de Salud Mental, cuyas atribuciones y competencias específicas se señalaron en el artículo 32 del citado ordenamiento. Entre las funciones que se le señalaban, contemplaban la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal.

En septiembre del 2000, se reorganiza la Coordinación de Salud Mental, por el nombre de Servicios de Salud Mental, con rango de Dirección General, al cual se acatan tres hospitales psiquiátricos (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”), así como también, tres Centros Comunitarios de Salud Mental (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”) acatando a la entonces Subsecretaría de Coordinación Sectorial.

El 15 de agosto del 2001 por medio del decreto que se publica en el Diario Oficial de la Federación el Órgano Administrativo Desconcentrado Servicios de Salud Mental, se vincula al Consejo Nacional Contra las Adicciones.

El 19 de enero de 2004, ante la innovación del reglamento interno queda a la vista la estructura orgánica de este Órgano Administrativo Desconcentrado; Servicios de Atención Psiquiátrica, informando su vinculación a la Subsecretaría de Innovación y Calidad (DOF 19 de enero de 2004).

En mayo del 2005, los Servicios de Atención Psiquiátrica permanecen compuestos por una Dirección General Adjunta, es decir, cuatro Direcciones de Área, quince Subdirecciones y dos Departamentos. Finalmente, en mayo de 2017 se conmemora el 50 aniversario del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en donde el entonces Secretario de Salud, José Narro Robles hace énfasis sobre la urgencia en las capacitaciones para el personal médico que atiende a pacientes con enfermedad mental.

Objetivos de la institución receptora.

Bajo el programa “Atención Psicológica a pacientes con Enfermedad Mental”, se presentan las siguientes actividades:

1. Aplicación y calificación de pruebas psicológicas
2. Integración de estudios psicológicos
3. Entrevista a pacientes
4. Coordinación de grupos psicoeducativos para pacientes
5. Revisión de casos clínicos en cada servicio

Objetivos generales.

Progresar en la atención comunitaria e integral de las principales enfermedades mentales, argumentada en la demostración científica y con apego a los principios y estándares internacionales a los Derechos Humanos.

Objetivos específicos.

1. Fortificar y actualizar los servicios de atención psiquiátrica desde la perspectiva comunitaria, integral y multidisciplinaria.

2. Progresar en la formalización de una Red Especializada de Atención Psiquiátrica.

3. Ejercer acciones de prevención y educación de los trastornos mentales con prioridad al suicidio y sus respectivos factores de riesgo.

4. Intensificar la creación de recursos humanos, así como capacitar a investigadores y especialistas respecto a la prioridad de la enfermedad mental.

5. Promover la investigación en Salud Mental y el crecimiento de modelos para atención comunitaria.

6. Coordinar la administración de recursos humanos, materiales y financieros, con adhesión a la norma adaptable.

Funciones de la institución receptora.

A continuación, se presenta la información del sitio oficial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el que describe la misión, visión, valores y atribuciones.

Misión.

Colaborar en la disminución de la grieta de atención psiquiátrica a través de la prestación de servicios integrales especializados, desde una perspectiva comunitaria, de calidad y con rotundo respeto a los derechos humanos de los pacientes. Fortificar la creación

de recursos humanos de excelencia y beneficiar el crecimiento de la investigación en psiquiatría.

Visión.

Ser protagonista a nivel nacional en materia de prestación de servicios psiquiátricos con acato a los derechos humanos y en la elaboración de recursos humanos expertos en psiquiatría y paidopsiquiatría.

Valores del código de ética.

1. Bien común
2. Integridad
3. Honradez
4. Imparcialidad
5. Justicia
6. Transparencia
7. Rendición de cuentas
8. Entorno cultural
9. Generosidad
10. Igualdad
11. Respeto
12. Liderazgo

Atribuciones.

1. Otorgar servicios de atención médica especializada de un elevado nivel, hacia la prevención tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y de la conducta;
2. Organizar la programación de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en aquellas unidades que estén en vinculación;
3. Proporcionar servicios de carácter ambulatorio, hospitalario y de urgencias a todas aquellas personas que necesiten atención medica debido a trastornos mentales y conductuales, yendo al margen de la ética y en cuanto a lo científico lo más actual en la práctica médica;

4. Proveer a las personas que necesiten la atención de sus padecimientos a través de servicios auxiliares tales como el diagnóstico y tratamiento;
5. Instaurar programas que permitan optimizar los procesos hacia una mejor calidad en la atención;
6. Tramitar la adaptación y reajuste de la infraestructura de los dispositivos médicos de su adjudicación conforme a sus disposiciones aplicables;
7. Observar las demandas de las autoridades judiciales correspondientes hacia los servicios especializados en la esfera de la psiquiatría legal, así como en el lugar de su competencia;
8. Abrir estudios e investigaciones clínicas y socio-médicas para el avance de modelos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, y difundir medidas de salud pública en el terreno de su competitividad;
9. Divulgar los resultados que se lleven a cabo de todos aquellos trabajos e investigaciones, y proporcionar información técnica y científica en términos de salud mental;
10. Sistematizar programas de capacitación, formación, especialización, posgrado, así como lo más reciente para el personal profesional, técnico y auxiliar en términos de psiquiatría general, infantil, de la adolescencia y subespecialidades a fines a la salud mental;
11. Construir dispositivos de coordinación con instituciones de seguridad social y otras derivadas del sector salud promulgando la atención de los trastornos mentales;
12. Ofrecer información a los centros especializados de atención médica, así como de otras entidades públicas de salud en el ámbito de programas y servicios de atención psiquiátrica;
13. Involucrarse en la creación de normas oficiales mexicanas aunado a la enunciación de mecanismos que normen en materia de asistencia psiquiátrica;
14. Fomentar la instauración de aquellos procedimientos de organización eficaz entre las unidades especializadas de su vinculación, así como otras unidades del sector salud, que concedan el resguardo suficiente para la atención global de los clientes;
15. Colaborar y orientar a las autoridades preparadas en cuanto a los bienes institucionales para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y comportamentales, y

16. Favorecer la integración de las unidades médicas especializadas a los programas institucionales de desarrollo en el ámbito de atención a la salud.

Programas de la institución receptora.

Consulta Externa.

Atiende a personas que acuden *por primera vez* que tengan 18 años cumplidos, ambos sexos. Personal que necesite asistencia especial, debe presentarse con un acompañante.

Hospitalización.

Atiende de manera exclusiva hospitalizaciones psiquiátricas agudas. Todo aquello que afecte la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento), así como la presencia de riesgos que involucren al paciente como a terceras personas.

Hospital parcial.

Ofrece la atención psiquiátrica ambulatoria con permanencia parcial y proporciona diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral y que integra la intervención familiar a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Urgencias.

Atiende de manera exclusiva urgencias psiquiátricas. Todo aquello que afecte la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento), así como la presencia de riesgos que involucren al paciente como a terceras personas.

Unidad de psicogeriatría.

Proporciona el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral para los trastornos psicológicos y adaptativos del adulto mayor. En la misma unidad se encuentra la Clínica de Memoria la cual brinda Programas de Prevención y Tratamiento.

Clínica de Intervención Temprana en Psicosis CITEP.

Brinda el servicio a personas que por primera vez presentan un episodio psicótico y a las que se encuentren en un elevado riesgo de psicosis.

Clínica de Adherencia Terapéutica CAT.

Brinda un servicio a personas con trastornos psiquiátricos que en el curso de su evolución traen consigo obstáculos significativos para la adhesión al tratamiento farmacológico. Se identifica y profundiza sobre los factores de riesgo individual, familiar y

social para implementar un programa de intervención individualizada en protección de la adherencia terapéutica.

Clínica de Intervención Familiar.

Ofrece servicio de psicoterapia a familiares y pacientes del sistema integral de atención psiquiátrica que beneficie la evolución de los padecimientos psiquiátricos al enriquecer al ambiente y su dinámica familiar. Así como también, se proporciona la atención en la manera de grupo-taller a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

Clínica de Patología Dual CLINPAD.

Brinda servicio ambulatorio a pacientes con patología dual. Se trata de personas que al mismo tiempo presentan un trastorno mental primario aunado a un trastorno por consumo de sustancias.

Rehabilitación.

Ofrece servicio de rehabilitación psicosocial bajo la perspectiva interdisciplinaria encaminada a optimizar las capacidades remanentes de los usuarios en los aspectos cognoscitivos, afectivos y motrices en beneficio de una integración a nivel familiar, social y laboral. Se da terapia ocupacional, física, estimulación cognitiva, habilidades sociales e inducción laboral para aquellos pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Psiquiatría comunitaria.

Otorga servicio de Psiquiatría Comunitaria Extramuros a la población general, se realiza en los tres niveles de atención (promoción y fomento a la salud mental, diagnóstico oportuno y rehabilitación) en el área de la salud mental.

Capacitación continua.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es una institución de renombre en materia de salud mental a nivel nacional, en donde una de sus primordiales inclinaciones es la de ofrecer atención global de eminente calidad y humanista a los usuarios que necesiten servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental, así como también crear recursos humanos en dicho ámbito, de esta manera tiene el Programa Anual de Capacitación y Educación Continua (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2018).

Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)

Conocer las actividades que el psicólogo realiza en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y de esta manera identificar aquellas labores que se puedan innovar, y así poder brindar un servicio de más calidad, el cual permita una óptima recuperación en la salud mental de los pacientes psiquiátricos del área de *hospitalización hombres* cuarto piso.

En el siguiente capítulo, se sustentará teóricamente el trabajo realizado en el área de *hospitalización hombres*, y por consiguiente fue el programa donde se llevó a cabo la prestación de servicio social.

Capítulo 2. Soporte teórico metodológico

En este capítulo se presenta el soporte teórico metodológico de las actividades realizadas durante la prestación de servicio social. Se documenta en primer lugar las patologías que se presentan con mayor frecuencia en el hospital. En seguida se desarrollan los temas de entrevista psiquiátrica y evaluación psicológica, ya que son dos de las herramientas de la psicología que se utilizan de manera permanente en la atención a los usuarios de los servicios del hospital y finalmente se desarrolla el tema de intervenciones grupales, ya que es un tipo de intervención que por sus características se utiliza mucho en el hospital.

Esquizofrenia

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5 la esquizofrenia se encuentra en la clasificación del “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”; trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico de la personalidad, catatonia, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afección médica, otro trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico, otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico, esquizofrenia. De manera breve se presentan las categorías incluidas en el *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*:

Trastorno esquizofreniforme.

El trastorno esquizofreniforme (TEF) se manifiesta de manera muy similar a la esquizofrenia, la diferencia radica en la duración de su sintomatología, es decir, que el TEF tiene una duración de 1 a 6 meses, y si la misma rebasa los 6 meses se diagnostica como esquizofrenia. Por lo tanto, en algunos pacientes el TEF es preliminar a la esquizofrenia, no obstante, otros pacientes se recuperan en su totalidad (López, Romero, Granados, y Dora, 2016).

Trastorno esquizoafectivo.

En casos en donde la inestabilidad afectiva es un rasgo central de la esquizofrenia, se emplea el término de trastorno esquizoafectivo (TEA). Se trata de un diagnóstico con elementos de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos que se presentan en el mismo sujeto. Aun no es claro si el TEA es una clase diferente o simplemente un subtipo de

esquizofrenia y, tal como se especifica la esquizofrenia, es complejo distinguirla de otras condiciones como el TEA. Los sujetos con TEA no entran en criterios tanto de la esquizofrenia como de un trastorno afectivo con síntomas psicóticos, sin embargo, presentan características de ambos, conformando una especie de “híbrido” cuyo desarrollo es crónico y su pronóstico es mejor que el de la esquizofrenia y peor al de un trastorno afectivo. En consecuencia, los límites entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos no son nada claros, hay sujetos que cumplen los criterios de la esquizofrenia y también presentan síntomas depresivos y maníacos (Marneros, 2015).

Trastorno delirante.

El rasgo principal del trastorno delirante (TD) es la presencia de una o más ideas delirantes no extrañas y persistentes. El TD se diagnostica en ausencia de causa orgánica reconocible u otro trastorno mental. Esto quiere decir que; alucinaciones visuales, olfativas o auditivas; habla o comportamiento desorganizado; y síntomas negativos de sujetos con esquizofrenia, no formarían parte del TD. El delirio como principal característica se presenta en los siguientes: a) erotomaníaco, donde la persona considera ser amada por alguien, por lo regular alguien notable y que en realidad no conoce; b) grandiosidad, o creencia de tener una característica especial; c) celotipia, el individuo asegura que su pareja le es infiel; d) persecutorio, sensación de conspiración contra él; e) somático, creencia de presentar un padecimiento físico importante. Siendo así, el TD suele ser dividido de acuerdo al contenido delirante (Lemos, Fonseca, Paino y Vallina, 2015).

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Es un trastorno de la personalidad que normalmente se presenta bajo un patrón general de deficiencias sociales e interpersonales, aunado a comportamiento excéntrico, mínima capacidad para las relaciones personales y distorsiones cognoscitivas sin causa psicológica (Roca, Arroyo y Arnillas, 2008).

Catatonía.

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico psicomotor con una combinación única de signos mentales, motores, conductuales y autonómicos que se presentan en enfermedades psiquiátricas, neurológicas y médicas, en algunas situaciones después de administrar algunos fármacos. La catatonía es un diagnóstico sindromático el cual presenta condiciones motoras

como ausencia de actividad, posturas pasivas, disminución en la respuesta de estímulos externos y estereotipias, entre otros (Pérez, 2015).

Trastorno psicótico breve.

El trastorno consiste en la aparición de ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas psicóticos con duración aproximada de un día, pero menos de un mes. Básicamente es producto de un estrés intenso en personas susceptibles. El trastorno psicótico breve es infrecuente, por ejemplo, un cuadro de estrés severo es capaz de desarrollar el trastorno psicótico breve en personalidades paranoide, histriónica, narcisista o esquizotípica (Cuello y Saiz, 2010).

Trastorno psicótico inducido por sustancias.

Este trastorno consiste en alucinaciones o ideas delirantes producto del consumo de una sustancia o por la abstinencia de la misma en ausencia de delirio. Estos episodios suelen presenciarse en las salas de urgencia. Las sustancias que lo propician son alcohol, anfetaminas, cannabis, fenciclidina, entre otras. Para avalarlo diagnósticamente las alucinaciones y las ideas delirantes deben ser superiores a las causadas por una simple intoxicación o abstinencia de la droga (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, 2008).

Trastorno psicótico debido a otra afección médica.

Este trastorno consiste en alucinaciones o ideas delirantes originadas por otro trastorno físico. Su diagnóstico se avala por los efectos fisiológicos de una afección médica; comportamiento psicótico o alucinaciones olfativas a veces relacionadas con la epilepsia del lóbulo temporal, así como negligencia contralateral por causas de lesiones en el lóbulo parietal; tumores e infecciones, accidentes cerebrovasculares, migraña y trastornos endocrinos en el encéfalo, son causa probable de psicosis. Por lo regular su sintomatología se manifiesta con delirios, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizado, comportamiento motor extraño e inapropiado (catatonia) que expresan pérdida de contacto con la realidad (Schulz, 2018).

Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico.

En esta categoría prevalece la sintomatología característica de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que clínicamente generan deterioro en los

ámbitos sociales, laborales o de otras áreas significativas de actividad del individuo. Esta categoría suele utilizarse en situaciones donde el clínico decide no especificar la causa del incumplimiento de algún trastorno específico del espectro de la esquizofrenia, ya que no existen los elementos suficientes para realizar un diagnóstico más preciso (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014).

Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico.

Esta categoría se basa en las causas que generan un quebranto en el ámbito social, laboral y otras áreas de actividad del individuo; sin embargo, no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Schulz, 2018).

Esquizofrenia.

En 1911 Eugen Bleuler, acuña el término de esquizofrenia, la que desde esa época es conceptualizada como una entidad que engloba diversos cuadros clínicos. Actualmente, la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta alrededor de 21 millones de personas a nivel mundial, y se caracteriza por anomalías en el pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis, generalmente son acompañadas de alucinaciones auditivas y visuales y delirios. Estos trastornos pueden dificultar la ejecución de tareas diarias de la persona.

La esquizofrenia se encuentra dentro de las diez principales causas de discapacidad en el mundo. Una tercera parte de los pacientes con esquizofrenia inicia el padecimiento antes de los 18 años y 6% antes de los 16 años. Se ha descrito que en esta población hay un mayor número de casos entre los varones. Y se considera una discapacidad severa que afecta en los diversos ámbitos en los que se desempeña el individuo (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Causas de la esquizofrenia.

La esquizofrenia puede darse como enfermedad única, o pertenecer a un grupo heterogéneo de estados de enfermedad derivados de una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales y sociales.

Factores biológicos.

En la actualidad se analiza desde algunos sistemas. El sistema dopaminérgico se ha propuesto como un mediador de parte de los síntomas en esquizofrenia. En estas vías se han propuesto históricamente como el origen de la sintomatología en los pacientes. Hay una disfunción en el sistema de la dopamina incluye una hiperfunción en cierta áreas cerebrales, sobre todo subcorticales, asociada a una hipofunción de este neurotransmisor en áreas cerebrales superiores, principalmente lóbulos frontales.

Factores genéticos.

Considerando cuando hay antecedentes familiares, aunque también puede aparecer en familiares donde no hay ningún antecedente. Los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de sufrirla. El riesgo es progresivamente mayor entre más cercano es el parentesco. El riesgo aumenta desde el 1 % esperado en la población general hasta el 35-48 % en caso de tener un hermano gemelo monocigoto o ser hijo de ambos padres esquizofrénicos. Esto queda confirmado por los estudios de adopción pues, independientemente de que la persona sea educada por padres no consanguíneos su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de su cercanía genética con sus padres biológicos. A pesar de ello, aún no se ha detectado un cromosoma o gen responsable, ni un tipo de transmisión determinada. Por lo que se ha llegado a la conclusión que la esquizofrenia es una enfermedad poligenética y multifactorial.

Factores psicológicos.

La teoría psicodinámica propone que el defecto crucial en el enfermo de esquizofrenia es una afección de las funciones del ego, la cual se refleja en la manera en que interpreta la realidad y en el control de sus impulsos internos. Una característica común de la esquizofrenia paranoica es el mecanismo de defensa llamado proyección, el cual consiste en el desplazamiento inconsciente de los sentimientos y pensamientos inaceptables hacia otras personas. De este modo, "estoy enojado" se transforma en "mis compañeros están enojados conmigo y pueden lastimarme". Las ideas paranoicas también tienen rasgos de grandiosidad (Maña, 2005).

Factores ambientales y sociales.

La mayoría de los estudios al respecto coinciden en que, si bien el estrés social puede desencadenar un episodio psicótico, el ambiente social ha sido descartado como etiología de la esquizofrenia. Los estudios de adopción han sido uno de los modelos que han respaldado esta tesis. Hoy en día diversos estudios han destacado que las familias con niveles altos de emoción expresada (EE) aumentan el número de recaídas en los pacientes con esquizofrenia.

Así pues, los grupos de mayor riesgo para presentar esquizofrenia son los familiares de pacientes con esquizofrenia y que tuvieron alteraciones pre y perinatales. También hay que considerar que existen estudios que sugieren que los habitantes de las comunidades urbanas con nivel socioeconómico bajo y los hijos de inmigrantes pueden ser un grupo de riesgo para desarrollar el padecimiento. Dado que estos sufren de mayor presión, estrés y problemas que pueden derivar de la falta de trabajo, adaptación a su entorno, así como la pérdida de la felicidad; estos factores pueden afectar tanto a hombres como mujeres, pero diversos estudios han señalado que el hombre presenta un inicio más temprano del padecimiento y un peor pronóstico.

Pero eso no es todo, este grupo de personas tienden a tener falta de atención médica adecuada, mala alimentación, y mayor vulnerabilidad para el consumo en exceso de sustancias, principalmente tabaco y alcohol que condiciona padecimientos cardiovasculares, cerebrovasculares, oncológicos, hepáticos, gastrointestinales, neumológicos y a enfermedades sistémicas como la Diabetes mellitus. También pueden presentar una alta comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión, el abuso de sustancias y el suicidio (Saracco, 2012).

Incidencia y prevalencia.

Aunque la prevalencia de la esquizofrenia es aproximadamente igual en ambos sexos, el género es un predictor importante del curso de la enfermedad. En promedio, la edad de inicio es casi una década más adelante en las mujeres que en los varones; y las mujeres funcionan mejor con este trastorno, por el hecho de que es más probable que estén casadas y tengan empleo. Estas son relaciones estadísticas consideradas como factores protectores. La dosis media de fármacos antipsicóticos necesarios para el tratamiento de mantenimiento

también es más baja en las mujeres pacientes que presentan esquizofrenia de "inicio tardío" (después de los 40 años).

La enfermedad puede empezar por varias cosas, por todas las alteraciones que hemos dicho, parece que el cerebro de la persona con esquizofrenia es especialmente sensible a las situaciones tensas y estresantes, reaccionando de forma mucho más intensa. Por eso en ocasiones la enfermedad aparece ante cambios críticos en la vida: al irse de casa, en el servicio militar, después del parto, al entrar en la universidad, al probar determinadas drogas... o al juntarse varias de estas circunstancias. El brote psicótico o inicio evidente de la enfermedad puede suceder cuando se juntan una serie de factores estresantes que no se pueden manejar y el cerebro se descompensa (Carter, Elkin y Vinogradow, 2000).

Trastornos relacionados con sustancias

En base a los criterios diagnósticos del DSM-5 los trastornos relacionados con sustancias se encuentran en la clasificación de “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, los cuales se dividen en dos grupos: trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias como trastornos psicóticos, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, entre otros), y trastorno por consumo de sustancias el cual se divide en tres grupos de acuerdo a su gravedad (leve, moderado y grave) (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014).

Trastornos inducidos por sustancias.

Son un tipo de trastorno en relación a las sustancias, están involucrados en la aparición de conflictos generados por los efectos directos de una sustancia. Entre los trastornos inducidos por sustancias se incluyen:

1. Intoxicación
2. Abstinencia
3. Trastornos mentales inducidos por sustancias

Son muchas las sustancias que pueden ocasionar un trastorno inducido por sustancias, ya que puede manifestarse independientemente si la sustancia es legal o no, si es aceptada por la sociedad, así como si es o no avalada medicamente.

Intoxicación.

Este término se refiere a los efectos inmediatos y momentáneos de una droga. La intoxicación turba la función y el juicio mental del individuo ajustando su estado anímico. De acuerdo al tipo de droga el individuo presenta desde una euforia como un estado de relajación y somnolencia de lo usual. En su mayoría las drogas perjudican la actividad física y la coordinación motora lo que conlleva accidentes automovilísticos, otras más generan conductas agresivas y esto a su vez peleas. A mayor consumo de droga existen más los efectos adversos los cuales pueden traer dificultades y riesgo de muerte.

La tolerancia es cuando el individuo necesita consumir más cantidad de droga para sentir la sensación que al inicio le ocasionaba una cantidad mínima. Los opiáceos y alcohol son drogas que pueden generar una enorme tolerancia.

Abstinencia.

Son los síntomas que se generan al momento de interrumpir el consumo de la sustancia o también cuando se consume una cantidad menor de lo habitual. Los síntomas desagradables de la abstinencia varían en base al tipo de droga consumida. Tal es el caso del alcohol o barbitúricos, estos pueden causar una amenaza para la vida. Para que la abstinencia se presente es en base a la sustancia y al tiempo de uso mas no de si el individuo tiene un trastorno por uso de sustancias, de si la misma es recreativa o no, así como de si es ilegal o no.

Trastornos mentales inducidos por sustancias.

Son aquellas alteraciones mentales ocasionadas por el uso o por la abstinencia de una droga, y afines a los que se presentan en los trastornos mentales independientes tales como la depresión o psicosis. Para clasificar a un trastorno inducido por sustancias, debe conocerse la sustancia y que esta ocasione las alteraciones observadas. Las sustancias pueden corresponder a 10 clases responsables para con los trastornos relacionados con sustancias:

1. Alcohol
2. Fármacos ansiolíticos y sedantes
3. Cafeína
4. Cannabis (que incluye marihuana y cannabinoides sintéticos)
5. Alucinógenos (que incluye el LSD, la fenclidina y psilocibina)
6. Inhalantes (diluyentes de pinturas o algunas colas)

7. Opiáceos (que incluye fentanilo, morfina y oxicodona)
8. Estimulantes (que incluye anfetamina y cocaína)
9. Tabaco
10. Otras (que incluye esteroides anabolizantes y sustancias de abuso habituales)
(a), Connor, 2018).

Trastornos por uso de sustancias.

Comúnmente los trastornos por uso de sustancias (TUS) implican un modelo de comportamiento en el cual el individuo permanece consumiendo una sustancia esto a pesar de generarle un problema producto de ello. Las sustancias implicadas pertenecen a una de las 10 clases de fármacos que comúnmente producen trastornos relacionados con sustancias:

Todas estas sustancias activan directamente el sistema de recompensa del cerebro provocando placer. Esta activación tan fuerte puede ocasionar que el individuo desee intensamente la sustancia, olvidándose incluso de sus actividades con el fin de obtener y consumir la droga. Básicamente el inicio en el consumo se debe al deseo de experimentar con las drogas; pasando al consumo ocasional y finalmente el uso es intensivo, el cual puede desembocar en un trastorno por uso de sustancias (b), Connor, 2018).

Los trastornos por usos de sustancias son un enorme problema de salud pública. La OMS calcula que 3,3 millones de personas mueren cada año a causa del consumo de alcohol y, generalmente los TUS constituyen 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones (Velázquez y Ordoñez, 2015).

La OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana, establece a los TUS como crónicos, debido a los cambios permanentes a nivel cerebral por la neuroadaptación, los cuales conllevan a una vulnerabilidad orgánica con síntomas de riesgo que van de lo individual a lo colectivo, por las modificaciones conductuales que esto ocasiona, aunado a delitos y accidentes de tránsito. Los TUS se relacionan con diversos trastornos mentales y de la personalidad, quedando un pronóstico desalentador en consecuencia de la adherencia al tratamiento, recaídas, secuelas de tipo orgánico lo cual implica un gasto publico elevado (Marín y Calderón, 2018).

Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos.

En su momento hubo conceptos tales como: polimorbilidad, enfermedades múltiples o pluripatología, sin embargo, hoy en día se usa el término comorbilidad, sobre todo en el ámbito psiquiátrico, por lo tanto, la comorbilidad es entendida para describir dos o más trastornos o enfermedades que aparecen en la misma persona, pueden manifestarse al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica con la interacción de ambas enfermedades y esto a su vez agrava el cuadro sintomatológico (Lifshitz, 2016).

Existe una alta prevalencia entre trastornos por consumo de sustancias con trastornos mentales, de acuerdo a resultados de estudios realizados en participantes de sedes tales como: hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y tratamiento para adicciones, existe una comorbilidad que oscila entre 50% y 75%. Así mismo, investigaciones en poblaciones con indigentes, pacientes con enfermedades mentales graves y adolescentes, han reflejado que los trastornos por consumo de sustancias presentan una mayor comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, con los de ansiedad, los psicóticos y los de personalidad antisocial, lo cual genera un impacto en la salud pública (Marín, Benjet y Borges, 2013).

Depresión

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5 la depresión se encuentra dentro de “los trastornos depresivos”. A continuación, se describen los trastornos más significativos de los trastornos depresivos:

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo TDDEA aparece en el DSM-5 debido a la confusión con el trastorno bipolar en niños, antes conocido como: desregulación grave del ánimo. Ahora en esta clasificación el TDDEA para su diagnóstico incluye; rabietas y episodios de cólera desmedidos al entorno, no congruentes con el desarrollo del infante, y que por lo regular se manifiestan arriba de tres veces por semana (lo indica una revisión de historias clínicas). Los pacientes con TDDEA no presentan episodios bien definidos, sino que el TDDEA requiere un cambio permanente del estado de ánimo normal. Las rabietas deben presentarse después de los 6 años y antes de los 18 años, de lo contrario no corresponde al diagnóstico de TDDEA (Zepf, Biskup, Holtmann y Runions, 2017).

Trastorno depresivo persistente (distimia).

El trastorno distímico se define por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día, presenta síntomas como: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, concentración deficiente, dificultad para concentrarse y para la toma de decisiones, así como sentimientos de desesperanza. Normalmente este trastorno permanece al menos dos años en los adultos, y un año en adolescentes y niños. Para avalar el diagnóstico se requieren al menos dos meses de sintomatología manifiesta aunado a la ausencia de un cuadro depresivo mayor, así como también los síntomas no deben adjudicarse al abuso de sustancias, medicamentos, enfermedades médicas o escenarios que originen tristeza, duelo (Jiménez, Gallardo, Villaseñor y González, 2013).

Trastorno disfórico premenstrual.

Este trastorno es el conjunto de síntomas emocionales, conductuales y somáticos que se manifiestan al término de la fase luteínica. Es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y mentales en la etapa de la fase luteínica durante el ciclo femenino normal. Para su etiopatogenia existe el factor genético, neurobiológico y endocrinológico. La serotonina actúa como el modulador y los ISRR son la herramienta terapéutica (Márquez, s,f).

Trastorno de depresión mayor.

La depresión mayor es un trastorno mental caracterizado por una tristeza profunda y una pérdida de interés; acompañada de una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento; los cuales incluyen el llanto, irritabilidad, el retraimiento social, falta de libido, fatiga y disminución de la actividad, así como la pérdida de interés y el goce por las actividades diarias, además, existen sensaciones de culpa e inutilidad. Así mismo, se presenta baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, impotencia y en un gran sector de la población existe ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio. El trastorno depresivo mayor tiende a ser recurrente, y básicamente el inicio de un episodio tiene relación con circunstancias estresantes. Estos son algunos de los síntomas avalados por el DSM-5 y la CIE-10 para diagnosticar un trastorno depresivo mayor:

1. Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).

2. Disminución del interés en actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de \pm 5% en un mes).
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retardo psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Un episodio depresivo mayor se determina por la aparición de cinco de los síntomas arriba mencionados diariamente o casi a diario por un lapso de al menos dos semanas. Sus grados de severidad son de leve, moderado y grave, esto en base a la afectación laboral y social, y no existir relación alguna con el abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno mental orgánico.

Prevalencias de la depresión.

La depresión es un trastorno mental habitual en el mundo, la sufren 400 millones de personas de todas las edades. La depresión puede ser de amplia duración o recurrente, de esta forma perturba el grado funcional de los individuos en sus diversos ámbitos como lo es el laboral y escolar. En su perfil más severo, la depresión es una vía que lleva al suicidio. Al año se suicidan más de 800 000 individuos, por lo tanto, el suicidio es la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años de edad. Se estima que por cada adulto que se suicida poco más de veinte lo intentan. Los que logran ese cometido, 75% se da en países de ingresos bajos y medios (Medina, Sarti y Real, 2015).

En México más de la mitad de los suicidios son llevados a cabo por sujetos con trastorno depresivo, durante el periodo de 2000 y 2013, la tasa de suicidios aumento de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. La tasa de mortalidad en hombres es de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, 2017).

Trastorno bipolar

En base a los criterios diagnósticos del DSM-5 el trastorno bipolar pertenece a la clasificación de “trastorno bipolar y trastornos relacionados”, y se clasifican de la siguiente manera; trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias o medicamentos, trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado. En el siguiente apartado únicamente se aborda el trastorno bipolar I, II y ciclotímico (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 2014).

Trastornos bipolares.

Trastorno bipolar anteriormente conocido como *psicosis maniaco depresiva*, el cual consiste en una alteración del estado anímico, manifestándose en fluctuaciones del humor que engloban desde la depresión más profunda hasta la euforia más incontenible. La manía y melancolía se remontan a Arateo de Capadocia siglo II antes a. C., Kraepelin delimitó las fronteras del trastorno, esto a inicios del siglo XX. Hoy en día este trastorno es uno de los más incapacitantes (Vieta y Reinares, 2009).

Epidemiología.

De acuerdo a investigaciones, se estima que la bipolaridad se manifiesta en el 1% de la población y que sólo constituye del 10 al 15% en cuanto a los trastornos del estado de ánimo. En varios países el inicio del trastorno ha sido identificado aproximadamente a los 25 años. El trastorno comúnmente es subdiagnosticado, y lo es bajo la depresión unipolar, además el trastorno presenta una demora diagnóstica, lo que conlleva una situación crítica para quienes lo padecen, de acuerdo a una investigación en pacientes bipolares el 48% fue diagnosticado después de haber valorado por tres psiquiatras, el 57% recibió un diagnóstico incorrecto (44% depresión unipolar y 34% esquizofrenia). En estudios de carácter internacional sucede lo mismo, existe un retraso en el diagnóstico del trastorno bipolar (Vázquez, 2014).

Trastorno bipolar I.

Es la manifestación tradicional del trastorno bipolar, y se define por la presencia de episodios maniacos y depresivos, periodos intermedios de ausencia de síntomas o eutimia. El

tipo I se manifiesta con episodios maniacos que en ocasiones influyen en la hospitalización, esto depende de las escalas de gravedad que van a depender de la evolución de la enfermedad.

Trastorno bipolar II.

En este segundo tipo no existen episodios maniacos sino hipomaniacos (en menor intensidad que los maniacos y sin mucha consecuencia funcional, de tal modo que sólo los familiares más apegados lo perciben), estos episodios se combinan con la presencia de episodios depresivos mayores; sin episodios maniacos o mixtos (Montes, 2012).

Trastorno ciclotímico.

Trastorno del estado de ánimo que ocasiona variaciones emocionales (no tan extremos como los tipos I y II). La ciclotimia se define por la presencia alternada de síntomas hipomaniacos (periodos de estado anímico eufórico) y periodos de síntomas depresivos durante, al menos, dos años (en niños y adolescentes es un año), aunado a que estos evidentes altibajos emocionales han ocurrido durante, por lo menos, la mitad de ese tiempo. Por lo general, los síntomas afectan al individuo, de forma significativa, el ámbito social, laboral, escolar u otras áreas importantes. Es importante mencionar que no debe confundirse con los criterios del trastorno bipolar, de la depresión mayor o de otro trastorno mental (Mayo Clinic, 2018).

Trastornos bipolares no especificados.

Estos trastornos son aquellas entidades clínicas “atípicas” del trastorno bipolar que no satisfacen los criterios para los cuadros antes mencionados. Normalmente son individuos con episodios depresivos mayores que manifiestan algunos rasgos de bipolaridad, tales como historia familiar bipolar, síntomas hipomaniacos con duración menor a 4 días, episodios hipomaniacos sin antecedentes de eventos depresivos mayores, ciclotimia menor a dos años de desarrollo, así como manías o hipomanías inducidas por fármacos.

De acuerdo al DSM-5 se resume los cuatro tipos de trastorno bipolar:

1. Trastorno bipolar I: episodio de manía, con o sin depresión mayor
2. Trastorno bipolar II: hipomanía, con depresión mayor
3. Trastorno ciclotímico: hipomanía + síntomas depresivos leves; 2 años
4. Otros trastornos bipolares especificados: cuadros con “rasgos” de bipolaridad (Vázquez, 2014).

Una vez presentadas las patologías más frecuentes en el área de *hospitalización hombres*, se da apertura al apartado de la entrevista. A continuación, se presenta una herramienta utilizada durante mi prestación de servicio social, la cual fue el primer medio por el que se establece un diálogo con los pacientes psiquiátricos, y que por consiguiente se explora la personalidad de cada uno de ellos.

La entrevista

Por medio de la entrevista los profesionales de la salud mental mantienen contacto directo con los seres humanos. Seguir las reglas de la entrevista psicológica, tiene como fin resolver ciertos problemas que normalmente se dan en el marco de la psicología (orientación profesional, investigación psicológica, examen de la personalidad, etc.). Psicólogos y psiquiatras se sirven de la entrevista psicológica. Para ellos, la entrevista psicológica es una técnica de estudio y observación del comportamiento humano, con miras a solucionar problemas que incumben a la psicología, la sociología o a la medicina mental. Dichos problemas conciernen tanto a individuos como a grupos de individuos (Nahoum, 1961).

Definiciones de entrevista.

Las siguientes definiciones se aprecian en diferentes contextos, por lo que es difícil dar una definición completa y general; sin embargo, las siguientes se enmarcan en el campo psicológico; donde se vislumbra la formalidad.

Vallejo Nájera (1952, en Portillo, 1994), considera que el adecuado rapport va dirigido para obtener una buena entrevista, en el cual se establece una relación cordial, afectuosa, de confianza, de aprecio y respeto mutuo que debe siempre pretender crear un vínculo entre el profesional y el paciente. Este “buen rapport” al que se refiere este autor, es un instrumento para provocar en el paciente un estado de ánimo propicio para que este se preste a los objetivos e indicaciones del profesional. Entre una de las cosas es para establecer una relación para explorar los motivos inconscientes de la conducta normal y patológica del entrevistado.

Mientras que Isabel Portillo (1994) concibe la entrevista:

“La entrevista clínica psicodinámica, encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador, o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es

el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del o los entrevistados”.

Para Symonds (1941, en Nahoum, 1961):

"La entrevista es un método para reunir datos durante una consulta privada o una reunión; una persona, que se dirige al entrevistador, cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado o con la encuesta emprendida”.

La comunicación que se maneja en la entrevista no es únicamente una comunicación verbal, no se pretende permanecer en un diálogo tan extenso, tampoco saber a detalle el contenido del discurso, cuando esto sucede los entrevistados suelen agobiarse ante la gran cantidad de preguntas que el entrevistador realiza. Uno de los términos de la entrevista es la comunicación vocal; es decir, la comunicación no solamente puede apreciarse desde lo visual, verbal y oral. Cuando la atención se enfoca en la comunicación vocal se está propenso a desarrollar un oído más sensible y sutil, a tal grado de conocer esa diversidad de variaciones tonales en el entrevistado (Sullivan, 1996).

De acuerdo con este mismo autor.

“La entrevista psiquiátrica es principalmente, una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”.

Después de tener un conocimiento sobre la definición de entrevista, es importante identificar cada una de las partes sucesivas de la entrevista psicológica, ya que si bien la

entrevista en un hospital psiquiátrico no tiene una duración considerable para cada uno de los pacientes psiquiátricos, si es pertinente conocer los aspectos sucesivos con los cuales se lleva a cabo una entrevista.

Fases de la entrevista.

Generalmente las entrevistas tienen un inicio, un desarrollo y un final. De esta manera se presentan las fases de la entrevista.

Inicio de la entrevista.

La parte previa consiste en asegurar un carácter íntimo y privado para la entrevista. Por ejemplo, es esencial que el entrevistador y entrevistado no sean interrumpidos, siendo así se presentan aquellos factores y condiciones que garanticen una óptima entrevista:

1. Local: El espacio para la entrevista debe ser un tamaño promedio, para de esta manera evitar angustia en el entrevistado, ya que esto repercute en el grado de sensibilidad del mismo, así como en su psique.
2. Iluminación y ventilación: Luz neutra y bien dividida en el espacio, y lo ideal es contar con una ventana.
3. El mobiliario: La ubicación es esencial, una mesa y una silla forman parte del mobiliario básico para el progreso del entrevistado. Es importante mencionar que el mobiliario no debe obstaculizar con la visibilidad, ya que el entrevistador debe estar sumamente atento al lenguaje no verbal.
4. El silencio: Es indispensable contar con un aislamiento, esto con el fin de evitar todo aquel ruido al que pueda estar expuesto el lugar donde se lleve a cabo la entrevista.
5. La vestimenta: El entrevistador tendrá medida en su arreglo personal, debe cuidar su imagen, y de esta forma estar al margen para recibir a sus clientes.
6. Lenguaje y modales: Parte esencial para una adecuada atmosfera con el entrevistado, ya que el entrevistador de cierta forma se adecua a la personalidad del mismo, esto con la finalidad de evitar roces entre ambas personalidades.

Inicio de la entrevista: Generalmente la primera entrevista genera una cierta expectación en el cliente, por lo tanto, en el inicio es ideal que el entrevistador brinde un buen saludo y un trato de amabilidad hacia su cliente. El rapport es una de las herramientas

esenciales para los primeros minutos de la entrevista, y estos mismos serán cruciales para el óptimo desarrollo de la entrevista.

La empatía del entrevistador es indispensable para colocarse en el lugar del otro, de introducirse en su afectividad y de sentir con el entrevistado. El entendimiento que se tenga sobre el individuo permitirá percibirlo con mejor precisión hacia los objetivos a seguir. El preámbulo de la entrevista requiere un entrevistador con amplia experiencia, ya que el conocimiento integral del entrevistado en los primeros minutos es crucial, esto de cierta forma permite acomodar la táctica a seguir.

A continuación, se mencionan algunas de las características que el entrevistador debe poseer para el establecimiento del rapport:

1. Cortesía en el trato
2. Mostrar interés al escuchar
3. Realizar preguntas amplias mas no detalladas
4. Abrir la entrevista a través del ámbito familiar, así mismo identificar esferas libres de conflicto
5. Reiterar al entrevistado que el diálogo llevado a cabo en la entrevista será sumamente confidencial

Es importante señalar que, así como existen factores para un buen rapport también existe la contraparte de los mismos, los cuales son:

1. Proponer de manera directa los objetivos que se llevaran a cabo
2. Preguntar de una forma en la que prácticamente se insinué la respuesta
3. Dar un trato sumamente cálido o con suma aspereza
4. Ridiculizar al entrevistado a través del sarcasmo
5. Usar un lenguaje no apropiado en el contexto de la entrevista
6. Provocar resistencia en el entrevistado por medio de cuestionamientos reiterativos

Estas medidas establecerán un rapport adecuado, de lo contrario la ansiedad, la timidez, así como una gran emotividad aparecerán en algún momento de la entrevista.

Primeras impresiones en la entrevista.

¿Cuál es el valor real de las primeras impresiones? Sin duda este es un cuestionamiento que todo buen entrevistador se plantea antes de pronunciar un juicio evaluativo, sólo ciertas primeras impresiones son certeras. El entrevistador tiene un juicio demorado para estas primeras impresiones tales como el entusiasmo, emotividad, apatía, sumisión, calidad de voz, timidez y lenguaje. Las cuales sirven para la obtención de hipótesis, y más tarde se reafirman o descartan, es por eso que el entrevistador debe estar atento cuando la entrevista se utilice para sacar un diagnóstico evaluativo, ya que la entrevista se puede distorsionar en la medida en que el entrevistador enfoque más su atención a sus primeras impresiones contrastándolas con el desarrollo de la entrevista. Para tener una mejor efectividad en la entrevista se hacen las anotaciones más sobresalientes y al término de la misma se sacan las conclusiones.

Desarrollo de la entrevista.

Es el estilo que utiliza el entrevistador durante la entrevista, el cual es catalogado en dos grandes grupos: dirigida o no dirigida.

Entrevista dirigida.

Normalmente es el estilo más utilizado y es el ejemplo clásico de entrevista. De estructura rigurosa y plan específico, con preguntas directas y elaboradas, con estricta inspección del tiempo, así como listas de revisión para evaluar el desempeño del entrevistado. Este estilo limita las respuestas, por lo tanto, es una cualidad que exige al cliente responder de manera natural y que además hay ocasiones en las que se tiene que recurrir a ella.

Entrevista no dirigida.

Estilo de entrevista en donde el entrevistador no asume la responsabilidad sobre la discusión de los temas, las metas a alcanzar, así como la resolución de los problemas del cliente, ya que a este mismo se le adjudica toda la responsabilidad, así mismo el entrevistador lo guía hacia un ambiente de aceptación con el fin de garantizar seguridad ante la repercusión que el cliente pueda ocasionar producto de sus opiniones.

El entrevistado habla de manera espontánea mientras que el entrevistador sólo brinda interés y seguimiento a las ideas escuchadas. El entrevistador no interrumpe el hilo de la conversación y sólo interviene para que el entrevistado permanezca en su discurso. Sus

preguntas no son comprometidas y no deben evidenciar respuesta alguna, es decir, el entrevistador mantiene un rol pasivo.

Este estilo es sugerido para entrevistas de confrontación o resolución de conflictos, ya que es de índole libre y activo. Algunas consideraciones para el entrevistador es nunca criticar, apresurar o manifestar desinterés en la espontaneidad del entrevistado.

Cima de la entrevista.

Aquí se exploran las áreas que se mencionaron de manera general. En consecuencia el entrevistador obtiene datos suficientes para la toma de decisiones. Es el momento ideal para determinar la situación.

Cierre de la entrevista.

Fase de la entrevista en donde el entrevistador aumenta la cordialidad con el fin de retirar la tensión que el entrevistado aun pueda tener, es por eso tan significativa esta fase al igual que la de inicio. Es el momento de saber si falta algún tema por discutir o si el entrevistado desea agregar algo más. El cierre de la entrevista se anuncia con cinco o diez minutos de anticipación y suele realizarse con palabras tales como: “Antes de que finalice la entrevista me gustaría que hablara acerca de...” o “el final está próximo, quiere tocar algún tema que hasta el momento ha omitido”.

Reporte de la entrevista.

Es el resumen minucioso del entrevistado el cual debe mostrar suma claridad, y fácil de entender para los profesionales afines que requieran datos sobre el entrevistado. Es por eso que el resumen debe contener la información más significativa y relevante acerca del entrevistado, por lo tanto, el entrevistador debe ser un profesional muy competente para la realización del resumen de la entrevista (Acevedo, 2007).

Es importante que al haber participado como entrevistador tenga presente estas partes sucesivas de una entrevista, así mismo con el examen del estado mental, el cual es uno de los recursos fundamentales que se llevó a cabo durante el desarrollo de las entrevistas iniciales y por ende, fue útil y necesario para la realización de la nota psicológica.

Examen mental.

De acuerdo a Morrison (2015), el examen del estado mental (EEM), es simplemente la evaluación del funcionamiento mental del paciente. Originalmente, formaba parte del examen

neurológico tradicional; sin embargo, se ha convertido en una parte esencial en la evaluación de la salud mental.

Psicólogos y psiquiatras como Slater y Ross (1954), Vallejo Nájera (1962) y Stevenson y Sheppe (1959), entre otros, proponen una serie de pruebas para valorar el estado mental; sin embargo, se puede obtener más información si se atiende no sólo el material verbal, sino el no verbal, como las expresiones faciales del paciente, cambios en el tono de voz, asociaciones y evasiones, reacciones emocionales, actitudes, movimientos corporales, vestimenta, etcétera; las que revelan características conativas, intelectuales y emocionales (Portillo, 1994).

El EEM se divide en varias partes, y pueden organizarse de diferentes formas, siempre y cuando se incluyan las partes requeridas. El presente formato ha funcionado bien y lo utilizan muchos profesionales de la salud mental. De manera que, el EEM incluye dos grandes áreas: conductual y cognitiva (Morrison, 2015).

Aspectos conductuales.

Para obtener este material, no se deben hacer preguntas especiales o aplicar pruebas. En la mayor parte, consiste en observar el discurso y la conducta del entrevistado (excepto el estado de ánimo, para lo que se requiere hacer algunas preguntas). Los aspectos conductuales son los siguientes:

1. Apariencia y conducta general
2. Estado de ánimo
3. Curso del pensamiento

Aspectos cognitivos.

Las partes cognitivas del EEM tienen que ver con lo que el paciente piensa (o lo que habla). Su evaluación exige más atención y actividad del entrevistador. Estas son las partes:

1. Contenido del pensamiento
2. Percepción
3. Cognición
4. Introspección y juicio

Aspectos conductuales.

Apariencia y conducta general.

Se pueden conocer muchas cosas del paciente con sólo observarlo; las siguientes características pueden observarse desde el inicio de la entrevista, incluso desde antes que pronuncie la primera palabra.

Características físicas. Se observa el origen étnico del paciente, pues un paciente puede presentar dificultades al relacionarse con su entrevistador, si este es de distinto origen étnico.

Edad aparente, si esta concuerda con la edad que el paciente dice tener, pues la edad puede sugerir ciertos diagnósticos.

Se observa la complexión corporal del paciente, su modo de caminar, características inusuales, como cicatrices, falta de una extremidad, etc. La nutrición general del paciente y su peso corporal pueden indicar una enfermedad crónica. E incluso, se debe observar la manera en que estrecha la mano y si estas están húmedas.

Estado de alerta. El estado de alerta del paciente puede considerarse en un continuo, lo que implica conciencia del ambiente y la capacidad para responder con rapidez a diversos estímulos sensoriales. La *somnolencia* y la *conciencia nublada*, referente a la manera imprecisa en que el paciente está despierto, pero no totalmente vigilante. El estado de coma, es una condición donde el paciente no puede activarse en absoluto.

Estupor, puede significar inconsciencia, aunque puede referirse también a la persona que parece despierta pero no se mueve ni habla de manera voluntaria.

Ropa e higiene. Se refiere a observar el aliño del paciente, si viste adecuadamente a la edad que tiene o aparenta; si se mantiene aseado. Estas características son importantes pues pueden revelar en el paciente, demencia, psicosis, esquizofrenia o algún trastorno por abuso de sustancias.

Actividad motriz. Se trata de evaluar la actividad corporal predominante. Estas conductas manifiestas en movimiento, pueden deberse a diversos padecimientos mentales y a disfunciones cerebrales (Morrison, 2015).

La ejecución de ciertos movimientos y acciones transmite claramente la presencia de estados emocionales; esto es independiente del deseo del entrevistado de dejar verlos; por ejemplo, la impaciencia puede expresarse con el *sangoloteo* de una pierna sobre otra, o la irá a través de golpes en la pared u otros objetos (Portillo, 1994).

Expresión facial. Se trata de detectar algún tic en los ojos, boca u otras partes del cuerpo, porque cualquier movimiento inusual es indicativo de un padecimiento. Por ejemplo, el paciente tiene un rostro triste y parece que llorará; pero asegura que no pasa nada, que se siente bien.

Voz. La voz dice mucho del padecimiento del paciente (el tono de voz, su gramática, el acento, tartamudeo, etc.).

Actitud hacia el entrevistador. Hay varios continuos donde ubicar la relación evidente entre el paciente y el entrevistador: colaborador-obstruccionista, cordial-hostil, abierto-reservado, participativo-apático, etc. (Morrison, 2015).

Estado de ánimo.

Estado de ánimo y afecto, tienen varias definiciones. Aquí, estado de *ánimo*, se refiere a la manera en que una persona afirma sentirse y *afecto*, no sólo un estado de ánimo declarado, sino otras expresiones.

El estado de ánimo se describe en varias dimensiones: tipo, labilidad, apropiado o inapropiado e intensidad.

Tipo. Se trata de distinguir el tipo de estado de ánimo del paciente (enojo, ansiedad, desprecio, indignación, temor, culpa, alegría, amor, tristeza, vergüenza, sorpresa, etc.); es decir, cuál es el estado de ánimo predominante. Cuando esto no ocurre, normal o regular pueden emplearse como una descripción adecuada. El estado de ánimo del paciente puede ser evidente, si no es así, es válido preguntarlo.

Labilidad. Incluso las personas normales en ocasiones presentan dos o más estados de ánimo en un periodo breve de tiempo, por ejemplo, reír y llorar al mismo tiempo. Estas oscilaciones radicales del estado de ánimo, con frecuencia, son anormales y deben explorarse en una entrevista en salud mental. Algunos pacientes con trastorno de personalidad, pueden presentar oscilaciones radicales del estado de ánimo del éxtasis al llanto, todo en minutos.

El cuadro opuesto se da cuando el paciente presenta una variación reducida del estado de ánimo. Esta ausencia de respuesta a los estímulos ambientales se designa como aplanamiento emocional, donde el paciente es incapaz de relacionarse con las emociones de otras personas.

Estado de ánimo apropiado o inapropiado. Lo apropiado o no del estado de ánimo, es la estimación del entrevistador de qué tan bien se ajusta el estado de ánimo del paciente a la situación y el contenido del pensamiento. El juicio del entrevistador estará afectado por dos culturas, la de él y la del paciente.

Intensidad. Aunque su denominación es subjetiva y arbitraria, se puede clasificar la intensidad del estado de ánimo como leve, moderada o grave (Morrison, 2015).

Curso del pensamiento.

Lo que interesa es el pensamiento, pero lo que realmente se percibe es el curso del discurso, se supone que este refleja los pensamientos del paciente.

La mayoría de los problemas que se describen aquí, suelen ser evidentes sólo durante la fase aguda del pensamiento y se agrupan en dos categorías: *defectos de asociación y la velocidad y el ritmo anormales.*

Asociación. El entrevistador observa si el discurso es espontáneo o si ocurre sólo en respuesta a una pregunta, si es lo último, el entrevistador debe inducir al paciente a hablar con espontaneidad.

Durante el discurso se pueden dar las siguientes variables en el discurso:

1. *Descarrilamiento.* A veces llamado asociaciones vagas, el descarrilamiento es una ruptura de la asociación de ideas, en la que una parece tropezar con otra; las dos ideas pueden estar relacionadas de una manera frágil o no lograr ninguna relación entre sí.
2. *Fuga de ideas.* Es un tipo de asociaciones vagas, en la que una palabra o frase de un pensamiento estimula al paciente a desviar el tema que se está abordando. Aunque el entrevistador y el entrevistado hayan definido la relación entre dos ideas consecutivas, el proceso del pensamiento global parece no tener un objetivo final y por lo regular, el paciente pierde el hilo de la pregunta inicial.

3. *Tangencialidad*. La respuesta parece ajena a la pregunta formulada. Si existe una relación entre la pregunta y la respuesta, es difícil discernirla.
4. *Pobreza del discurso*. Se refiere a una reducción notable con respecto a la cantidad de un discurso espontáneo. El paciente responde brevemente cuando se espera una respuesta más elaborada, y a menos que se insista, puede no decir nada por periodos prolongados.

Los siguientes, son algunos términos que designan anormalidades en el discurso:

5. *Ecolalia*. Al responder una pregunta, el paciente innecesariamente repite una frase o palabras que el entrevistador dijo.
6. *Verbigeración*. El paciente sigue repitiendo una frase o palabras sin un propósito evidente.
7. *Incoherencia*. El discurso está tan desorganizado que ni siquiera las frases o palabras individuales tienen conexión lógica.
8. *Neologismos*. Sin ninguna intención el paciente inventa palabras, a partir de partes de palabras de diccionario.
9. *Perseveración*. El paciente repite palabras o frases, y en muchas ocasiones regresa al punto que ya se mencionó.
10. *Discurso afectado*. El acento, la fraseología o la elección de palabras le da al discurso un estilo poco natural, como si el paciente fuera alguien completamente diferente.

Velocidad y ritmo del habla. Los pacientes hablan con rapidez, y regularmente, de un modo muy extenso; lo que se conoce también como apremio por hablar; lo que con frecuencia se asocia a una latencia reducida de la respuesta, en la que el periodo de la pregunta y la respuesta, está notablemente reducido (Morrison, 2015).

Aspectos cognitivos.

Los aspectos cognitivos del EEM son de gran importancia crucial para la valoración global de cualquier paciente.

Contenido del pensamiento.

El contenido del pensamiento es cualquier cosa en el momento en que el hablante se centra en un momento determinado. Durante su historia del padecimiento, este suele

relacionarse con los problemas que orillan a que el paciente busque tratamiento. Sin embargo, hay varios elementos del contenido del pensamiento que se deben abordar en todos los exámenes que se apliquen:

Delirios. Es una creencia fija y falsa que la cultura y educación del paciente no pueden explicar; y el paciente se empeña en asegurar la fidelidad de esta, a pesar de que, hay evidencias que muestran su falsedad. Otras personas con la misma cultura y educación deben considerar la creencia o la idea como evidentemente falsa (Morrison, 2015).

Percepción.

La percepción está integrada por los estímulos sensoriales, con los que se forma una imagen, cuya configuración e interpretación se relaciona con las experiencias pasadas. Es el primer paso de la prueba de realidad (se descubren e identifican los estímulos externos e internos). Los trastornos de la atención alteran la percepción, debido a que estos el objeto se estudia por un corto tiempo; por tanto, se comprende mal (Portillo, 1994).

Alucinaciones. Son percepciones sensoriales falsas que ocurren en ausencia de un estímulo sensorial relacionado a este. Es importante distinguir estas, pues algunos pacientes pueden creer que escuchan voces, cuando estas son sus propios pensamientos que sólo los piensan y no los expresan en palabras.

La imaginación del paciente o sus pensamientos descabellados no tienen nada que ver con las alucinaciones auditivas que se esperan encontrar en personas con psicosis grave.

Las alucinaciones auditivas. Se caracterizan en un continuo: ruidos vagos, murmullos, palabras comprensibles, frases y oraciones completas.

Los pensamientos audibles. Constituyen una forma especial de alucinaciones auditivas, donde el paciente oye su propio pensamiento pronunciado tan fuerte que los demás pueden escucharlos.

Las alucinaciones visuales. Pueden tener distintos grados: puntos de luz, imágenes borrosas, personas formadas, escenas o cuadros.

Las alucinaciones visuales, particularmente, corresponden a las psicosis que ocurren como consecuencia en el consumo de sustancias adictivas o en padecimientos médicos generales.

Las alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas son frecuentes en pacientes psiquiátricos. Dichos síntomas pueden sugerir psicosis ocasionados por tumores cerebrales, toxicidad y ataques, aunque las alucinaciones corporales con frecuencia se presentan en pacientes esquizofrénicos; sin embargo, estas alucinaciones pueden presentarse también en personas normales cuando están durmiendo (Morrison, 2015).

Síntomas de ansiedad. La ansiedad es un miedo que no está dirigido ni causado por nada específico que el paciente pueda identificar. Se acompaña de varias sensaciones corporales desagradables. Otros síntomas son irritabilidad, pobre concentración, tensión mental, preocupación y reacción exagerada de resalto.

Un trastorno de pánico. Es una aparición súbita de miedo intenso, durante la cual el paciente experimenta ansiedad con sensaciones corporales como ritmo cardíaco acelerado, falta de aliento, temblor, sudoración y una larga lista de otros posibles síntomas. Básicamente los individuos sospechan un desastre, la locura o una muerte inminente. El episodio alcanza su mayor grado pasando los cinco minutos y aminora media hora después.

Fobias. Una fobia es un miedo intenso e irracional, asociado con algún objeto o situación. Las *fobias específicas* más comunes son, a algunos animales, a las alturas (acrofobia), a viajar por los aires, a estar encerrado (claustrofobia). Ahora el DSM-5 señala el Trastorno de ansiedad social, cuyos tipos más comunes son, miedo a hablar en público, comer en público, usar baños públicos. La agorafobia es el miedo a estar lejos de casa o en lugares públicos.

Trastorno obsesivo compulsivo. Una *obsesión* es una creencia, idea o pensamiento que predomina el contenido del pensamiento del paciente y persiste a pesar de que este reconoce que es irreal, pero se resiste a creer que así es.

Las compulsiones son actos repetitivos que el paciente reconoce como inútiles e inapropiados, frecuentemente se realizan en respuesta a una obsesión.

Un aspecto clave en las obsesiones y compulsiones es que, el paciente se da cuenta de que estas ideas y conductas no tienen sentido y trata de oponerse a ellas.

Pensamientos violentos. La mayoría de personas ha tenido pensamientos de suicidio o violencia alguna vez en su vida; sin embargo, puede haberse dado en una situación pasajera de estrés o en una situación abrumadora de la vida. Las ideas de homicidio u otro tipo de actos

violentos deben ser atendidas con urgencia por el entrevistador, incluso antes de que termine la entrevista (Morrison, 2015).

Conciencia y cognición.

La conciencia es la capacidad de percatarse de sí mismo y del ambiente. Para su funcionamiento adecuado es imprescindible que la atención, la percepción, pensamiento y memoria sean normales (Díaz, 1994).

En esta sección del EEM, se valora la capacidad del paciente para asimilar, procesar y comunicar información. Las pruebas clínicas que se aplican, sólo ofrecen una aproximación; sin embargo, representan una guía útil para la evaluación.

Atención y concentración.

En esta parte de la entrevista, ya se tiene una idea de la *atención*, la que se define como la capacidad para enfocarse en una tarea o un tema; al igual, de la *concentración* del paciente, como la capacidad para mantener la atención durante un periodo temporal mientras se rechazan otras demandas que entran en competencia con la actual.

Orientación.

Se verifica que el paciente se oriente en espacio y tiempo, poniendo especial atención en el lugar donde dice encontrarse; así como en la fecha correcta, es decir, día, año y mes. Algunas veces estos datos se obtienen desde el inicio de la entrevista.

Lenguaje.

Se refiere a los medios por los que se comprende y expresan significados, mediante palabras y símbolos. Las áreas de lenguaje que se evalúan son comprensión, fluidez, denominación, repetición, lectura y escritura.

El grado de *comprensión* del lenguaje debe ser evidente, desde el momento que el paciente responde durante la conversación de la entrevista.

La *fluidez* del lenguaje también es evidente, a partir del uso del vocabulario normal y la prosodia por parte del paciente en la construcción de oraciones de extensión normal.

Los problemas con la denominación pueden ser evidentes, si en vez de los nombres, el paciente emplea circunloquios para describir objetos de uso cotidiano.

Si hay *repetición*, el paciente debe ser capaz de repetir una frase sencilla que el entrevistador le dicte.

La *lectura*, el paciente debe ser capaz de leer una o dos oraciones. Considerar que, aún en las sociedades avanzadas, existe un porcentaje de adultos funcionalmente analfabetas.

Asimismo, el paciente puede ser avaluado en la *escritura*, pidiéndole que escriba una oración.

Puede también realizarse la prueba de *apraxia*, que es la incapacidad para realizar un acto voluntario, a pesar de tener las vías motoras intactas (Morrison, 2015).

Memoria.

La memoria es la capacidad para fijar, conservar y evocar experiencias. La *hipermnesia* que, es la facilidad para evocar recuerdos y es, con frecuencia, acompañada de estados maníacos. Sin embargo, hay estados que la afectan, en cuanto a su disminución o pérdida, como las amnesias (Díaz, 1994).

La memoria suele dividirse en tres, y a continuación se discuten: inmediata, de corto plazo y de largo plazo.

- La *memoria inmediata*, es la capacidad de registrar y producir información después de cinco a diez segundos. En realidad, es una prueba de atención.
- La *memoria a corto plazo*, se realiza cinco minutos después de aplicar la memoria inmediata. Se debe considerar el grado evidente de motivación del paciente; la inatención sugiere un trastorno cognitivo serio, o un estrés grave derivado de depresión, psicosis o ansiedad.
- La mejor prueba de *memoria a largo plazo* es cuando el paciente posee la capacidad de organizar la información necesaria para relatar la historia del padecimiento actual. Así como, la facilidad del paciente con las secuencias de eventos. La información retenida por el paciente se consolida de algún modo después de 12 y 18 meses. Aunque los pacientes con demencias graves como el Alzheimer, por lo general, retienen mejor los recuerdos de largo plazo que de corto; sin embargo, en cuanto avanza la enfermedad, estos se pierden.

La *amnesia*, es una pérdida temporal de la memoria debida a un trauma físico y psicológico; es muy diferente a la demencia. Puede encontrarse en traumatismos en la cabeza, de todos los rangos de gravedad, desmayos relacionados con bebidas alcohólicas, trastorno de estrés postraumáticos y trastornos disociativos.

Información cultural.

Básicamente la información cultural evalúa la memoria remota del paciente y su inteligencia general, esto es parte tradicional del EEM. Algunas de las preguntas habituales son; a) dígame el nombre de los cinco presidentes más recientes del país, comenzando por el actual, b) mencione el nombre de cinco grandes ciudades y c) pronuncie los nombres de cinco ríos.

Pensamiento abstracto.

Se refiere a la capacidad para abstraer un principio de un ejemplo específico, es una prueba tradicional que está sujeta a la cultura, inteligencia y educación; donde se suelen preguntar abstracciones, incluyen interpretaciones de refranes, semejanzas y diferencias (Morrison, 2015).

Introspección y juicio.

La introspección se contextualiza bajo el supuesto del grado de involucramiento y conocimiento que el paciente tiene sobre sí mismo, es decir, en ocasiones, los pacientes con introspección deficiente tienden a ser hospitalizados en contra de su voluntad, mostrar desinterés ante un proceso terapéutico o hacia la toma de medicamentos de acción prolongada. Mientras que un paciente con una adecuada introspección es más factible de cooperar con el tratamiento, ser disciplinado en la toma de sus medicamentos y de que asista a sus sesiones terapéuticas.

La evaluación de las fortalezas del paciente, lo que él cree tener de positivo, puede ser importante para diseñar un tratamiento y manejar un pronóstico.

Es importante el papel del paciente en la aceptación del tratamiento recomendado, lo que revela su *juicio*, entendido este como la capacidad para decidir un curso adecuado en la búsqueda de metas reales.

En el análisis final, la mejor valoración que se hace del juicio, tal vez proviene del material que se obtiene durante la entrevista (Morrison, 2015).

Después de haber dado un abordaje en lo referente a la entrevista, es momento de pasar a la evaluación psicológica, que como al inicio se mencionó, es otra de las herramientas empleadas por los psicólogos. Por lo tanto, fue una labor que lleve a la práctica con la población psiquiátrica, y por consiguiente, es de suma relevancia para un entorno psiquiátrico.

Evaluación psicológica

La evaluación psicológica pertenece a los métodos de exploración clínica y tiene consigo instrumentos para brindar datos eficaces para el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento, y por supuesto ofrece información sobresaliente acerca de las características y recursos mentales, emocionales y de la personalidad del paciente. Por mucho tiempo, el diagnóstico psiquiátrico se basó principalmente en la observación clínica. La psiquiatría del siglo XIX y la del primer lapso del siglo XX se labró en gran medida a partir de impresiones clínicas. Sin embargo, al carecer de algún modelo estándar, la comparación entre unas descripciones con otras resultó ser muy complejo. Ante la llegada de los procesos estandarizados se buscó complementar, corroborar y medir las tendencias que, de acuerdo a los clínicos, solían ser más significativas.

De inicio la psiquiatría recibió con reservas los procesos de evaluación psicológica y les dio un lugar secundario. Actualmente, las pruebas psicológicas han recorrido un largo trayecto, lo que significa la importancia en su utilidad por ejemplo, uno de los beneficios en el ámbito de la clínica psiquiátrica es el informe psicológico, ya que este mismo contribuye al descubrimiento de condiciones patológicas o áreas libres de conflicto. Sin duda, la evaluación psicológica es una herramienta fundamental para la toma de decisiones (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, 2008).

Definiciones de evaluación psicológica.

De acuerdo a Fernández (2013), la evaluación psicológica:

“Es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos aplicados

(descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos o intervenciones aplicadas)”.

Heredia y Ancona (2012) conciben a la evaluación psicológica como:

“Una actividad encaminada a la comprensión y solución de los diversos tipos de problemas psicológicos que las personas presentan; es ante todo un proceso de acopio, valoración e integración de información dirigida a tomar decisiones; que se realiza, con propósitos bien definidos, desde distintos supuestos:

- a) Teóricos sobre el comportamiento humano y sus determinantes
- b) Metodológicos sobre la adecuación de estrategias a seguir, técnicas a utilizar y sobre cómo garantizar la efectividad de esta en las personas evaluadas”.

Mientras que Gándara (2016) la define como:

“aquella parte de la psicología que consiste en el estudio científico de la conducta y/o rasgos psíquicos de un sujeto o grupo de sujetos en un determinado contexto y que permite su descripción, clasificación, predicción y transformación”.

Por su parte Jay y Swerdlik (2006) la define como:

“La recolección e integración de datos relacionados con la psique individual con el propósito de hacer una evaluación psicológica, concretada mediante el uso de herramientas como pruebas, entrevistas, estudio de caso, observación conductual, así como equipos y procedimientos diseñados específicamente para la medición de esta”.

Estas son algunas definiciones acerca de la evaluación psicológica. En consecuencia, es importante conocer algunas de las pruebas utilizadas en la institución psiquiátrica en la cual participé, ya que estos son los test que contribuyen y forman parte de una evaluación psicológica.

Pruebas psicológicas.

Para poder realizar una evaluación psicológica se requiere de test psicológicos, por lo tanto, de acuerdo a Jay y Swerdlik (2006), una prueba psicológica se refiere: “a un instrumento o procedimiento diseñado para medir variables relacionadas con la psicología, por ejemplo, inteligencia, personalidad, aptitudes, intereses, actitudes, y valores”. Siendo así, se presentan los test psicológicos empleados a la población psiquiátrica del hospital:

Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Diseñada por Dra. Laretta Bender, 1946.

Constituida por 9 tarjetas blancas de estímulo, tamaño postal, cada una con un diseño trazado en línea negra en el centro. Enumeradas de la siguiente manera: A, el primer estímulo, del 1 al 8 para las restantes.

La validez del Bender, se obtuvo correlacionándolo con otros tests como, la escala de Randall, test de Goodenough, escala de Pinter-Patterson; los resultados fueron satisfactorios.

De aplicación clínica tanto para niños y adultos.

El test de Bender, se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora, tanto en niños como adultos. Mediante este, se puede detectar el retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, para diagnosticar lesión cerebral y discapacidad intelectual. En los adultos permite detectar lesión cerebral y dificultades perceptuales y visomotoras. En niños y adultos se puede evaluar algunos aspectos emocionales.

La Dra. Elizabeth Koppitz, en 1964; ofreció métodos de interpretación más objetivos. Construyó dos escalas: una de maduración que abarca de 5 a 10 años 11 meses de edad y otra de Indicadores Emocionales. Este método busca detectar en niños: madurez para el aprendizaje, problemas de lectura, dificultades emocionales, lesión cerebral y discapacidad intelectual (Münsterberg, 1999).

La Escala de Inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-IV).

Wechsler, David. 2003

Esta escala es un instrumento clínico de aplicación individual para evaluar la aptitud intelectual general de los adultos, de 16 años a 89 años 11 meses. Esta versión proporciona subpruebas y puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en

dominios cognoscitivos específicos; al igual, una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general del sujeto (su CI total). Se hace énfasis en las puntuaciones compuestas, pues estas reflejan el desempeño del adulto en áreas más independientes del funcionamiento cognoscitivo.

Objetivo, proporcionar una medición confiable del funcionamiento intelectual del adulto.

Con el WAIS-IV se obtienen cinco puntuaciones compuestas. También se extraen cuatro puntuaciones compuestas adicionales para representar el funcionamiento del adulto en dominios más independientes del funcionamiento cognoscitivo:

1. El índice de Comprensión verbal (ICV)
2. El índice de Razonamiento perceptual (IRP)
3. El índice de Memoria de trabajo (IMT)
4. El índice de Velocidad de procesamiento (IVP)
5. CI Total (CIT)

Las subpruebas suplementarias, proporcionan información más amplia del funcionamiento cognoscitivo e intelectual y pueden emplearse también como sustitutas de las subpruebas esenciales (Flanagan y Kaufman, 2015).

Test del dibujo de la Figura Humana (DFH).

Karen Machover, 1976

Es un test proyectivo, un test que analiza la personalidad basado en los dibujos de la figura humana. El Dibujo de la Figura Humana, puede ser una proyección de: la imagen corporal o el autoconcepto, las cualidades del propio sujeto, las actitudes hacia otras personas en el medio ambiente, la imagen del yo ideal, los patrones de hábitos, efectos de circunstancias exteriores, expresión del estado de ánimo, las actitudes hacia la vida y la sociedad en general, conflictos emocionales, experiencia o modo organizativo, los impulsos, ansiedades y compensaciones.

En general, el test de Machover tiene el objetivo de interpretar el mensaje del esquema corporal.

Los principios de interpretación han sido justificados repetidamente y verificados en el uso clínico, mediante un análisis sistemático de las características gráficas comunes a grupos clínicos específicos; estos se vinculan con una extensa variedad de estudios de casos clínicos. Machover constituyó un archivo muy sustancioso de dibujos con notas, historias personales, datos clínicos y un análisis sumario del dibujo; los que clasificó en base a detalles comunes, su estructura y contenido, con el fin de alcanzar significados específicos e identificar los grupos en los cuales se identifican estos. La investigación encaminada a la validación y clarificación de los principios, mediante el estudio individual de dibujos, de grupos clínicos y asociaciones con los dibujos, se haya en proceso constante.

Para valorar el criterio básico funcional de interpretación de dibujos, se preparó un cuestionario de fácil interpretación, concerniente a significados estereotipados, asociados con tipos de cuerpo específico; con ciertos distintivos en su ropa y detalles corporales, como nariz larga, pies grandes, cuello grueso, barbilla prominente, hombros anchos, labios delgados, cabeza, boca, manos grandes y otros rasgos más de la figura humana (Machover, 1976).

Test de la persona bajo la Lluvia.

En este test no puede aseverarse quién es el autor, ya que se trata de varios personajes simultáneamente. Desde H. M. Fay, en 1924 y A. Rey, en 1947. Pasando por E. Hammer, en 1995, y finalmente Arnold Abrams y Abraham Amchin.

Se trata de un test complementario el cual se debe integrar a una batería de test. Siendo así, el dibujo de persona bajo la lluvia (PBL) es una técnica gráfica proyectiva, que invita al evaluado a situarse bajo condiciones ambientales desagradables para ingresar a los ámbitos más profundos de su intimidad.

Materiales utilizados: una hoja en blanco, tamaño carta y un lápiz.

En la interpretación del dibujo, se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, donde la lluvia representa ese elemento perturbador.

Para la interpretación se analizan lo siguiente:

Recursos expresivos.

Dimensiones (tamaño de la persona en la hoja del papel), emplazamiento (ubicación del dibujo en el espacio de la hoja de papel), trazos, presión, tiempo (empleado en hacer el dibujo), secuencia, movimiento y sombreados.

Contenido.

Orientación de las personas, posturas, borrados en el dibujo, repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas, detalles de accesorios y ubicación, vestimenta, paraguas como defensa, remplazo del paraguas por otros elementos, partes del cuerpo, identidad sexual, el dibujo de un personaje y no de persona.

Mecanismos de defensa.

Mediante los trazos se pueden encontrar: desplazamiento, regresión, anulación, aislamiento, represión, inhibición y defensas maniacas (Querol y Chaves, 2005).

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2).

Diseñado por Hathaway y McKinley, 1942

La versión en español para México fue elaborada por la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo y la Dra. Isabel Reyes-Lagunés en 1994. El manual fue elaborado por la Dra. Emilia Lucio, 1994.

Se trata de 567 reactivos, en donde el sujeto rellena el círculo ya sea verdadero o falso.

Aplicación: La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva, a individuos que tengan una comprensión adecuada hacia los reactivos, lo cual se estima a partir del sexto año de primaria, así mismo, que muestren cooperación y dedicación a responder el inventario.

El objetivo de la prueba es valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica; así como los recursos, la posibilidad de recibir ayuda, los mecanismos de defensa, y en general, la organización psicodinámica de los rasgos de la persona.

Posee un alto índice de confiabilidad, además de validez interna.

El test está conformado por las siguientes escalas:

Escalas de validación.

Estas escalas informan sobre la correcta o incorrecta cumplimentación de la prueba por el sujeto:

1. *Escala ?* Escala de duda o de abstención, se valora a través del número de ítems que el sujeto deja sin responder, el 10% invalida la prueba.
2. *Escala L.* Escala de sinceridad, el sujeto puede querer dar una luz favorable sobre su persona, seleccionando las respuestas que lo sitúan en una posición social favorable; de los 15 ítems de esta escala se aceptan, dentro de lo esperado, valores de 3 a 5. Valores igual o mayor que 10 pueden invalidar la prueba.
3. *Escala F.* Escala de Infrecuencia o comprensión; esta escala se utiliza como una forma de evaluar la validez del protocolo. Un puntaje bajo en F es índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales y relativamente pertinentes.
4. *Escala K.* El puntaje K es utilizado como un factor de corrección para aumentar el poder discriminatorio de las escalas clínicas medidas por el inventario.

Escalas Clínicas.

Cuyas puntuaciones permiten elaborar un perfil con los aspectos psicopatológicos más relevantes del sujeto:

1. *Hipocondría (Hs).* Esta escala aporta información acerca de la preocupación anormal que se tiene sobre las funciones corporales.
2. *Depresión (D).* La depresión se mide mediante 70 ítems. El resultado del valor obtenido en esta escala puede indicar hacia un trastorno, primariamente de tipo depresivo o aparecer como secundario a otros factores.
3. *Histeria (Hi).* Esta escala mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes que han desarrollado síntomas del tipo de histeria de conversión.
4. *Desviación psicopática (Pd).* Las puntuaciones en esta escala miden el parecido con personas pertenecientes a grupos que presentan falta de respuesta emocional profunda, desprecio por normas sociales y morales, etc.
5. *Masculinidad-Femineidad (Mf).* La calificación alta en esta escala mide la tendencia del patrón de intereses del sujeto hacia la masculinidad o la femineidad, en relación al sexo opuesto.

6. *Paranoia (Pa)*. Mide los síntomas que han desarrollado los sujetos esquizofrénicos paranoides, paranoicos y estados paranoides.

7. *Psicastenia (Pt)*. La puntuación en esta escala ofrece información acerca de aquellas personas que se caracterizan por compulsiones, fobias, ideas obsesivas, preocupación excesiva, duda. Estos sujetos presentan alta ansiedad.

8. *Esquizofrenia (Es)*. Mide la similitud de las respuestas con aquellas características de sujetos que poseen pensamientos o conductas extrañas.

9. *Hipomanía (Ma)*. Puntuaciones en el rango de 60-70 mide el factor de personalidad típico de personas que se caracterizan por una marcada productividad en pensamiento y en acción.

10. *Introversión social (Is)*. No es propiamente una escala clínica. Mide la tendencia a rehuir los contactos sociales.

Escalas suplementarias tradicionales.

Estas escalas enriquecen la interpretación de las escalas básicas y enriquecen el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos:

1. *Ansiedad (A)*. las puntuaciones altas indican angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales extensos. Las puntuaciones bajas reflejan ausencia de angustia emocional.

2. *Represión (R)*. Las personas con puntuaciones altas tienden a ser convencionales y sumisas; evitan los disgustos y situaciones desagradables. Las personas con puntuaciones altas se muestran desinhibidas, enérgicas y expresivas; además, pueden ser poco formales, inquietas, astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones interpersonales.

3. *Fuerza del yo (Fyo)*. Es un indicador de adaptación y entereza como de recursos personales y del funcionamiento eficiente de una persona. Las puntuaciones altas se relacionan con espontaneidad, un buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia y buen funcionamiento físico. Son personas capaces de solucionar y manejar el estrés; así como recuperarse de problemas. Las personas con puntuaciones bajas, manifiestan inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar las presiones ambientales. Además, pueden tener un autoconcepto bajo y dificultades para adaptarse a situaciones problemáticas.

4. Alcoholismo de Mac Andrew revisada (A-MAC). Las puntuaciones altas pueden estar asociadas con la propensión a la adicción en general, no sólo con el alcohol; asimismo, se identifica en personas extrovertidas, exhibicionistas y que corren riesgos. Las puntuaciones bajas, indican ausencia de problemas por abuso de sustancias. Son características en personas introvertidas, tímidas y con poca confianza en sí mismas.

Escalas suplementarias adicionales.

1. Hostilidad reprimida (HR). La escala facilita una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin desquitarse. Las puntuaciones altas son características de sujetos que suelen responder acertadamente a la provocación, sin embargo, en ocasiones manifiestan respuestas de agresión exagerada sin irritación aparente. En cuanto a las puntuaciones bajas existe muy poca información. Se trata de sujetos crónicamente agresivos o personas que manifiestan agresión bastante acertada.

2. Dominancia (Do). Es una medida de la tendencia de un sujeto a mostrar ascendente y control sobre los demás en el ámbito de sus relaciones interpersonales. Las puntuaciones altas son características de sujetos que se relacionan con equilibrio, confianza, seguridad en sí mismo e iniciativa social; así como, perseverancia, resolución y liderazgo de grupo. Sujetos con puntuaciones bajas son proclives a ser sumisas, poco enérgicas, y fácilmente se dejan influir por otras personas.

3. Responsabilidad social (Rs). Los individuos con puntuaciones altas suelen juzgarse a sí mismos y a ser percibidos por otras personas, como decididos a aceptar las consecuencias de su comportamiento. Mientras que los sujetos con puntuaciones bajas, son percibidos por ellos mismos y por las demás personas como dispuestas a aceptar las consecuencias de su propia conducta. En consecuencia son catalogados sujetos carentes de responsabilidad, poco dignas de confianza, aunado a faltas de integridad y con un escaso sentido de responsabilidad hacia el grupo.

4. Desajuste profesional (Dpr). A través de investigaciones se demuestra que la escala hace referencia a la identificación de problemas emocionales de universitarios de nivel profesional. Las personas de puntuación alta son poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiadas. Los individuos con puntuación baja son bien adaptados, optimistas y conscientes.

5. Género masculino y género femenino (GM y GF). Ambas escalas se emplean para usarse en sujetos masculinos y femeninos. Por lo tanto, para sujetos masculinos la escala GM hace referencia con una gran confianza en sí mismo, perseverancia marcada y amplitud de intereses, aunado de la carencia de temores o sentimientos de autorreferencia. Mientras que, para las mujeres GM de igual forma se refiere con la confianza en sí mismas, aunado de honestidad, disposición para probar nuevas cosas, así como falta de preocupaciones y sentimientos de autorreferencia. La escala GF para los individuos masculinos se refiere a la religiosidad, a la inclinación de no hacer juramentos o maldecir, aunado de ser francos en señalar a otros sus carencias personales. Así mismo, ser impositivo, control acerca del temperamento y tendencia al abuso de alcohol y de las drogas. Finalmente la escala GF para las mujeres se refiere a religiosidad y problemas de alcohol.

6. Escalas de desorden de estrés postraumático (EPK y EPS). La escala EPK se refiere a grupos de hospitales de veteranos, el cual muestra índices considerables de validez cruzada. La escala EPS, es el contraste a la escala anterior, la cual hace referencia a los veteranos de Vietnam sanos emocionalmente con otros que se caracterizan por desórdenes postraumáticos, sin otros problemas psiquiátricos.

Escalas de contenido.

1. Ansiedad (ANS). El tener calificaciones altas expresa síntomas generales de ansiedad que engloba tensión y problemas somáticos, por ejemplo, taquicardia y problemas en la respiración, así mismo, problemas para dormir, tendencia a la preocupación excesiva y falta de concentración.

2. Miedos (MIE). Las calificaciones altas en esta escala hacen referencia a sujetos con demasiados temores específicos, por ejemplo, a ver sangre y permanecer en sitios altos. También hacen alusión al miedo a los animales (serpientes, arañas y ratas), a los fenómenos naturales (tormentas y desastres) y temor a la misma oscuridad.

3. Obsesividad (OBS). Básicamente los sujetos con puntuaciones altas tienen conflicto para la toma de sus decisiones. Si ejercen un cambio les genera angustia y en ocasiones presentan conductas compulsivas tales como revisar, contar o guardar cosas de manera excesiva. Así mismo, estos sujetos se preocupan demasiado.

4. Depresión (DEP). Calificaciones altas denotan a sujetos con pensamientos

depresivos significativos. Se presenta ideación suicida, tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la vida. Algunos individuos también pueden sentir que han cometido pecados imperdonables y no perciben en las personas una fuente de apoyo.

5. Preocupación por la salud (SAU). Puntuaciones altas hacen referencia a individuos que se angustian por su salud, así mismo, creen estar más enfermos que el resto de las personas. Generalmente tienen diversos síntomas físicos que van en relación con la función de su organismo, por ejemplo, problemas neurológicos; convulsiones, vértigo y parálisis, y dificultades respiratorias; tos, fiebre y asma.

6. Pensamiento delirante (DEL). Las calificaciones altas nos hablan de sujetos con proceso de pensamiento psicótico, y por ende presentan alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias, así mismo, reconocen tener pensamientos raros y singulares que se acompañan de paranoia y creen tener poderes especiales.

7. Enojo (ENJ). Altas calificaciones indican a sujetos incapaces de controlar su enojo, y por ende agreden a personas u objetos. Estos sujetos son irritables, gruñones e impacientes.

8. Cinismo (CIN). Sujetos con calificaciones altas se caracterizan por sus creencias misantrópicas, y por ende, creen que la mayoría de personas son honestas porque temen ser sorprendidas. Así mismo, tienen actitudes negativas hacia familiares y amigos, es decir, a la mayoría de personas cercanas a ellos.

9. Practicas antisociales (PAS). Aunado a actitudes misantrópicas estos sujetos tienen problemas de conducta durante los ciclos escolares, además, sus conductas antisociales tales como robos o fraudes los ponen en riesgo con la ley.

10. Personalidad tipo A (PTA). Las altas puntuaciones indican sujetos difíciles de sobrellevar, incesantemente apresurados y orientados al trabajo, así mismo, se impacientan y se irritan con facilidad. Suelen ser dominantes en sus relaciones interpersonales y el tiempo para hacer sus tareas del día es insuficiente.

11. Baja autoestima (BAE). Altas puntuaciones indican a sujetos con actitudes y pensamientos totalmente negativos de sí mismos, por ejemplo, creen no importar, no simpatizar, no ser atractivos, que son torpes y se sienten una carga para los demás. Sólo ven sus fallas y restan importancia a los elogios.

12. Incomodidad social (ISO). Puntuaciones altas hacen referencia a sujetos que se

perciben muy inquietos frente a otros, lo cual causa su aislamiento. Si asisten a reuniones eligen alejarse del grupo, así mismo, se consideran tímidos.

13. Dificultad en el trabajo (DTR). Altas calificaciones denotan a sujetos con un bajo desempeño en el trabajo, por lo tanto, presentan falta de confianza en sí mismos, baja concentración, tensión y conflicto para la toma de decisiones.

14. Rechazo al tratamiento (RTR). Altas calificaciones hablan de sujetos con una postura deficiente hacia los médicos y todo lo que englobe en su tratamiento de salud mental. Se sienten incomprendidos, el cambio les resulta inverosímil y eligen rendirse, en vez de afrontar sus dificultades (Lucio, 1995).

Sin duda, cada uno de estos test psicológicos presentados, gozan de un grado de validez y confiabilidad, por lo tanto, se presenta una breve descripción acerca de estos términos.

Validez y confiabilidad.

La validez. En términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Por ejemplo, un instrumento válido para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria; es decir, es el grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que busca medir.

De tal manera que, la validez es una cuestión muy compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición. La validez es un concepto del que pueden tener diferentes tipos de evidencia (relacionada con el contenido, con el criterio y con el constructo).

La confiabilidad. Se refiere a la estabilidad de sus puntuaciones, es decir, al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales, por ejemplo, cuando una prueba de inteligencia (IQ) se aplica hoy a un grupo de personas y arroja ciertos valores de inteligencia, y posteriormente un mes después se aplica y si se obtienen valores diferentes, al igual que en subsecuentes mediciones, quiere decir que tal prueba no es confiable (Sampieri, 2006).

Si la evaluación psicológica inicia por medio de la aplicación de los test, existe un cierre de la misma, y este se da a través del informe psicológico, el cual es la manera habitual de presentar y comunicar los resultados de dicha evaluación psicológica. Por consiguiente, se presenta una breve reseña del informe psicológico.

El informe psicológico.

El profesional de la salud que elabore el informe psicológico debe tener ciertas habilidades, capacidad de análisis, de síntesis y de integrar una serie de datos obtenidos a través de diferentes instrumentos psicológicos, y técnicas como la entrevista.

Un informe psicológico debe describir de manera clara la personalidad del paciente, de manera que, cualquier profesional de la salud que lo lea, tenga una percepción cercana a la realidad del paciente. Para redactar el informe, se debe considerar los datos obtenidos en la entrevista y los resultados de los instrumentos psicológicos aplicados (Mancilla, 2011).

Se presentan las partes que conforman un informe psicológico en el área de *hospitalización hombres*.

Área intelectual. Proporciona datos cuantitativos y cualitativos en relación al aspecto intelectual; el rendimiento y el uso de sus recursos, así como también la participación de funciones ejecutivas tales como memoria, atención, lenguaje, etc. así mismo se identifican las fortalezas y debilidades del evaluado a través de indicadores obtenidos por la entrevista y por escalas intelectuales.

Área perceptomotora. Corresponde a las alteraciones de la percepción, motriz y conductual en relación a la manifestación de daño orgánico. Se otorga un diagnóstico capaz de diferenciar problemas emocionales con causas orgánicas; las cuales son localizadas a primera vista en la entrevista, y también en las subpruebas de ejecución visomotora.

Área afectiva. La evaluación de esta área es un trabajo arduo para el psicólogo, ya que los métodos utilizados se enfocan bajo la subjetividad del evaluado, mientras que el profesional maneja la objetividad y una minuciosa revisión de las respuestas para conocer el tipo de funcionamiento y adaptación del sujeto.

Áreas libres de conflicto. Localización de recursos y fortalezas yóicas del evaluado como parte solida del diseño del proceso terapéutico

Impresión diagnóstica. Identificación fundamental de los diferentes elementos que conforman la organización de la personalidad del evaluado, tales como:

1. Síntesis acerca de las áreas evaluadas
2. Organización psicodinámica de la personalidad

3. Diagnóstico nosológico basado en las categorías actuales

Pronóstico. Conjetura de la posible evolución del síntoma, fundamentada en la clase de alteración, severidad, y recurso personal y social.

Sugerencias de intervención. Recomendación más adecuada al caso y con amplia relación al conflicto hallado, así como a su rango sintomatológico.

Firma. Responsabilidad y garantía del profesional acerca de los resultados de la evaluación psicológica y todo lo que en ella conlleva (Heredia, Santaella y Somarriba, 2012).

Después de haber tenido un acercamiento con la evaluación psicológica, es momento de presentar la psicoterapia grupal, esta es un tipo de intervención utilizada muy frecuentemente en la institución psiquiátrica en la que participé. La psicoterapia grupal es de los pocos escenarios para poder trabajar con los pacientes psiquiátricos, ya que un trabajo individual es sumamente complicado para que se lleve a cabo en un hospital de amplia demanda.

Intervención grupal

Este apartado tiene como finalidad conocer qué es la intervención grupal, comenzando desde aquellas circunstancias y acontecimientos que propiciaron la construcción y desarrollo de la terapia de grupo, así mismo, conocer la definición de grupo terapéutico, aunado de las peculiaridades que lo caracterizan tales como tácticas, técnicas y características. Además, se presentan aquellos modelos de intervención que coexisten con la terapia grupal.

Breve historia de la psicoterapia de grupo.

Toda psicoterapia, sin excepción alguna, requiere del instrumento de la comunicación para así mediar en los seres humanos deseosos de asistencia emocional. Por lo tanto, la terapia de grupo se remonta a los inicios del siglo XX, Joseph Pratt médico de un sanatorio antituberculoso fue pionero al emplear grupos de pacientes con la finalidad de compartir información sobre su enfermedad, percatándose de que los asistentes mostraban avances en su evolución. La historia continuaría con Jacob L. Moreno, quien colocó el formato de grupo en un tratamiento de trastornos mentales, por medio de su teatro de espontaneidad, raíz del psicodrama. De igual forma en la década de los años veinte, Lazell y Marsh enfatizaron en la modalidad psicoeducativa, con un abordaje grupal hacia pacientes esquizofrénicos.

Por su parte, en la década de los treinta el alemán Kurt Lewin, desarrolla los conceptos de la “teoría del campo” y la “dinámica de grupo”, más adelante emigra a Estados Unidos de Norteamérica e introduce los grupos T (training), los cuales son un método para cambiar la conducta por medio de interacciones grupales no estructurados. Posterior a la muerte de Lewin, los grupos T abren las puertas a psiquiatras y clínicos, y por ende, estos grupos adquieren una orientación Freudiana y Rogeriana. En consecuencia, se da una mezcla de corrientes que deriva en conceptualizaciones como: tensión, clima y roles o papeles, mismos que siguen siendo adoptados por la terapia grupal.

Slavson al convertirse en psicoterapeuta introduce el término de *pequeño grupo*, en donde observa que los infantes en la latencia ejercen una mayor espontaneidad bajo una atmosfera grupal. Más tarde, Slavson desarrolló grupos en una población con adolescentes y adultos, producto de ello refiere que el terapeuta representa al padre, el grupo en sí a la madre y los integrantes del grupo a los hermanos. También hubo personajes como Alexander Wolf, quien ejerce la práctica del “psicoanálisis de grupos”, es decir, terapia individual en grupo. La segunda guerra mundial trajo consigo la atención psiquiátrica militar, por ende, la terapia de grupo funge como la mejor opción para atender la gran demanda de casos psiquiátricos.

Wilfred R. Bion, desde una perspectiva psicoanalítica participa en el análisis grupal con grupos de soldados hospitalizados con neurosis de guerra, en donde la finalidad no es más que la reinserción de los mismos en su comunidad. Bion, bajo una orientación Lewiniana menciona que los grupos poseen dos clases de actividades: la racional, consciente, la cual yace a la cooperación (grupo de trabajo), y la compartida por los integrantes del grupo, cuyo origen es inconsciente, y que actúa de acuerdo con un *supuesto básico*, el cual hace referencia a un líder que no precisamente es el terapeuta sino el integrante más pertinente para cumplir con las funciones que el grupo demande. Por su parte el psicoanalista Foulkes, al observar a sus pacientes en la sala de espera se cuestionó lo siguiente ¿qué se dirían unos a otros al participar en grupo?, de esta forma da inicio la atención a las relaciones interpersonales y al tratamiento grupal, es decir, a la nueva practica (*group-analysis*).

En consecuencia, Foulkes mantenía el lema “cuida al grupo y el individuo cuidará de sí mismo”. En América latina el movimiento grupal inicia en 1947, en donde el psicoanalista argentino Enrique Pichon Riviere encabeza grupos terapéuticos en el Hospital de

Neuropsiquiatría y además funda en 1954, la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (A.A.P.P. de G). Por lo tanto, de él se derivan los grupos analíticos de reflexión. En México bajo la dirección de los doctores Ramón de la Fuente y Eleonor Torres se tienen las primeras experiencias terapéuticas con un grupo de niños, mismas que se llevan a cabo en 1949 en el Hospital Infantil. Por su parte el psicoanalista Luis Feder conduce dos grupos, uno con niños y el segundo con sus madres. El doctor José Luis González tiene el mismo interés de Pichon Riviere por la terapia grupal, por lo tanto, en México trabajo con grupos desde hipertensos hasta ulcerosos.

En 1968 los doctores José Luis González, Gustavo Quevedo y Frida Zmud fundan la Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo A. C., y que hoy en día es conocido como Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), y que posteriormente formo parte de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG). En 1977 abre sus puertas la Clínica de la Asociación, la cual imparte una diversidad de laboratorios de relaciones humanas, de parejas, sesiones prolongadas, grupos T, grupos vastos, terapias breves, socioanálisis y sus técnicas (Díaz, 2000).

Si bien se acaba de tener un abordaje por la historia de la terapia de grupo, es momento de conocer con mayor exactitud acerca de los grupos.

El grupo terapéutico.

El ser humano desde que nace socializa y va formando parte de los grupos, estos ayudan a constituir su personalidad, sus creencias y sus actitudes. De adultos existe una mayor diversidad de grupos (amigos y compañeros de trabajo, entre otros), los cuales generan una fuerte influencia sobre ellos. Los grupos cubren *la necesidad de pertenencia*, es decir, la necesidad de conocer personas con ideales y metas en común, y a su vez sostener relaciones sociales íntimas. Tener relaciones sociales de calidad es indicativo de una adecuada salud física y mental. Y no hay que olvidar que las personas tienden a agruparse para que sus metas sean más factibles de conseguir (Sabucedo y Morales, 2015).

Es a mediados del siglo XVIII cuando el término de la palabra grupo, se designa en francés, como una reunión de personas. Mientras que en español adquiere diferentes significados, entre ellos: pluralidad de personas o cosas, circulo, corporación, familia, etcétera. Independientemente que desde la prehistoria los humanos viven en agrupamientos, el estudio

de los grupos es nuevo, por lo tanto, existe dificultad para poder definir el grupo, sin embargo, este mismo es investigado desde disciplinas como la sociología y psicología.

De esta manera Slavson (1953, en Díaz, 2000) señala:

“el grupo es la reunión voluntaria de tres o más personas, en una relación libre, cara a cara, sujeta a un liderazgo, con una meta en común y que, en relación con ella, genera una relación dinámica recíproca entre sus miembros, de la cual puede resultar el desarrollo de la personalidad. El grupo posee componentes emocionales que se derivan de: 1) vínculo de los miembros con el líder; 2) la red de interacciones recíprocas entre los miembros y 3) la relación de cada uno de los integrantes con las relaciones entre los demás miembros”.

Mientras que, Sherif y Sherif (1953, en Sabucedo y Morales, 2015) lo define:

“el grupo es una unidad social que consiste en un cierto número de individuos que comparten un estatus, que ejercen unas relaciones de rol más o menos definidas y que tienen un sistema propio de valores y normas que regulan la conducta de los miembros, al menos en los asuntos que tienen consecuencias para el grupo”.

En consecuencia, podemos apreciar la importancia del grupo he de aquí que tanto psicólogos y antropólogos reconocen al grupo como agente terapéutico por sí mismo. Ahora bien, la palabra psicoterapia tiene su origen etimológico, del vocablo “psico”, proviene del griego *psyche* que significa espíritu, alma o ser. Mientras el término “terapia” emerge del griego *therapeutikos*, el cual se refiere aquel que cuida de otro. Por lo tanto, psicoterapia es el acto de cuidar o asistir al espíritu o al ser de otra persona.

De esta manera Baringoltz (Mussi, 2015) define la psicoterapia:

“como un proceso de co-construcción entre terapeuta y paciente, considerando que cada paciente es único y cada relación terapéutica distinta a otra. Entiendo por construcción la multiplicidad de significados que los protagonistas atribuyen a la psicoterapia y a la relación entre ellos... asimismo se podría decir que: la persona del terapeuta y el vínculo con el

paciente constituyen herramientas psicoterapéuticas valiosísimas si se dispone de habilidad para utilizarlas. De lo contrario, se transforman en escollos a veces insalvables”.

Así se entiende que la psicoterapia es la disciplina científica que modifica pensamientos, emociones y conductas (Mussi, 2015).

Por otro lado, Restrepo (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, 2008) define la psicoterapia de grupo como:

“una forma de tratamiento en la que el terapeuta selecciona un conjunto de personas con disfunciones mentales, emocionales o de comportamiento, para que se ayuden unos a otros, por medio de técnicas y teorías, para lograr un cambio en su personalidad”.

De esta manera, podemos observar la diversidad que rodea a la definición de grupo. Ahora bien, es momento de mencionar las características particulares de los grupos y enseguida se presentan.

Características de los grupos terapéuticos.

Papel del terapeuta.

El psicoterapeuta es el líder del grupo, por lo tanto, su responsabilidad dentro del grupo es mayor que la del resto de los integrantes. El terapeuta debe inspirar confianza, ser comprensivo, inducir la confidencialidad y mantener al margen los comportamientos. Su rol puede ser directivo, estimulador, ampliador o interpretativo. En la mayoría de enfoques es recomendable que el terapeuta no declare abiertamente su personalidad y mucho menos su vida privada. Es primordial no actuar impulsivamente, para permitir que los pacientes exploren, reflexionen y modifiquen.

Selección de pacientes.

La psicoterapia de grupo no sirve para todos los casos de perturbación emocional; de hecho, idénticas patologías en distintos clientes en ocasiones mejoran más en la terapia individual que en la grupal, y viceversa. Esto causa dificultad para conocer que pacientes responderán a la terapia individual o a la grupal. El objetivo es ayudar a los participantes a alcanzar un desarrollo emocional producto de su interacción colectiva.

A manera de ejemplo los grupos se pueden conformar de la siguiente forma:

1. Pacientes con dificultades con la autoridad, por ejemplo, los adolescentes.
2. Sujetos que presentan ansiedad frente a sus compañeros, por ejemplo, los hijos únicos o los esquizoides, sin olvidar que los últimos suelen reforzarse con terapia individual.
3. Pacientes que adoptan mismos mecanismos de defensa.
4. Pacientes que tengan el mismo diagnóstico.

Organización del grupo / Tamaño.

Lo ideal es de ocho a diez integrantes, sin embargo, esto puede fluctuar entre tres a quince integrantes. Si son pocos sujetos la interacción puede ser ineficaz a excepción de que sean sujetos sumamente extrovertidos. Mientras que con grupos mayores de diez la interacción sería demasiada. En ocasiones el mismo tipo de pacientes perteneciente al grupo suele asignar el tamaño. De ejemplo está el integrante agresivo, dominante y verborreico por consecuencia se aumenta el número de integrantes con el fin de equilibrar al que centraliza la conversación.

Frecuencia de las sesiones.

Generalmente los grupos se reúnen una vez por semana, en un día y horario fijo. Cosa contraria a terapeutas psicoanalíticos que reúnen dos o tres veces por semana. Algunos de ellos realizan *sesiones alternadas*, en las cuales el terapeuta se reúne con los integrantes una vez sí y otra no, y cuando el terapeuta se ausenta de las reuniones, los integrantes se reúnen por cuenta propia. En muy pocas ocasiones existe un aumento en las sesiones, esto sólo sucede cuando el grupo está en crisis, que alguno de los integrantes muera o se encuentre en un estado crítico. Es ideal llevar un seguimiento de los temas, debido a la continuidad entre una sesión y otra.

Coterapeuta

En corrientes gestálticas, comportamental o análisis transaccional existe un coterapeuta el cual auxilia en las dinámicas que se realizan. Por lo general en la corriente psicoanalítica suele ser del sexo opuesto al del psicoterapeuta líder, de esta forma representan la imagen paterna y materna del grupo. Al existir un coterapeuta asegura la presencia del líder en las sesiones, esto cuando el terapeuta no se presente en las reuniones.

Duración de las sesiones.

Tomando en cuenta la cantidad de miembros las reuniones duran de una a dos horas, para establecer límites en el grupo las reuniones siempre deben durar el mismo tiempo. Cuando el tiempo dura menos de una hora se corre el riesgo de una escasa interacción emocional, y más de dos horas, la interacción puede ser excesiva y agotadora, por lo que obstaculiza su asimilación cognitiva. En los años sesenta se incorporaron las “maratones”, en donde líder e integrantes se reúnen de tres a ocho días en un lugar aislado. Las maratones consisten en presionar la interacción emocional, forzada por la convivencia, utilizando la privación de sueño. Integrantes psicóticos o limítrofes o con antecedentes familiares con trastornos mentales no deben contemplarse para las maratones.

Fases del desarrollo del grupo.

Un desarrollo de grupo consiste en tres etapas:

Inclusión. En donde los integrantes buscan ser aceptados y queridos por el terapeuta.

Poder. Cuando los integrantes pretenden ganar su autonomía frente al terapeuta.

Afecto. Los integrantes aspiran dar y recibir ayuda de los demás.

Generalmente los integrantes no se encuentran en la misma fase de desarrollo en un mismo tiempo. La labor del líder es la identificación de tales causas.

Procesos del grupo.

Corsini y Rosenberg reúnen estos procesos en tres categorías:

Factores intelectuales: el integrante comprobaría la universalización, la racionalización y la terapia de espectador, en la que imita e identifica con otros.

Factores emocionales: son la aceptación, altruismo y transferencia.

Factores de actuación: constatan la realidad, la interacción y la ventilación de problemáticas.

Por lo general un proceso no depende de otro. El terapeuta adecua los diversos procesos hacia los problemas particulares que se presenten. La terapia de grupo le facilita al terapeuta observar el tipo de relaciones interpersonales que emplea cada uno de los integrantes del grupo. Generalmente el grupo puede influir en gran medida al cambio de conducta para

con los integrantes del grupo, ya que el ánimo es uno de los aspectos que en grupo posibilita a realizar situaciones que comúnmente no se realizan de manera aislada. También el grupo brinda seguridad, sentimiento de pertenencia, lealtad y amistad entre los miembros del grupo. Por lo tanto, un miembro puede sentirse acompañado por el grupo, así mismo algún miembro puede desarrollar su autoestima al aconsejar o apoyar a otro integrante del grupo.

Acciones terapéuticas.

Es primordial el marco teórico para sustentar las técnicas empleadas, por lo tanto, es conveniente la flexibilidad del terapeuta para aplicar modelos diferentes con el fin de beneficiar ya sea a alguno de los integrantes o al grupo en general. Desde analizar el sueño de un integrante o aplicar la rueda, la cual consiste en plantear un tema y pedir a los integrantes hablen al respecto; esto beneficia a miembros inseguros, retraídos y pasivos. En consecuencia, es ideal la asociación libre. En grupos abiertos los integrantes pueden terminar su terapia, debido a que han cumplido con su objetivo de ingreso, no obstante, para autorizar su salida el resto de los integrantes debe estar de acuerdo. Por lo tanto, este integrante recapitulará sus logros obtenidos a lo largo de su tratamiento, y antes de abandonar su última sesión compartirá sus logros aunado a la percepción emocional que, ahora él tiene sobre sus ex compañeros, y los invita al cambio. También en los grupos abiertos, es común el ingreso de un nuevo integrante, la adaptación de este mismo puede ser bien o mal vista, esto independientemente de su personalidad. Sin importar la actitud con el nuevo integrante, el terapeuta debe analizar su significado y resguardarlo si alguno de los miembros lo arremete.

Existen terapeutas que graban las reuniones para posteriormente los integrantes observen los cambios que han tenido a lo largo del tratamiento. Cuando un integrante se observa tiene un valioso aprendizaje sobre sí mismo. Factores como la motivación y capacidad de cambio son definitivas para inclinarse por ese modelo de intervención. No obstante, la terapia individual es recomendable para las personas con temor al cambio. ¿Qué tanto puede cambiar un paciente? Es primordial que las metas que tiene el paciente sean compatibles con las limitaciones plantadas por la realidad en la cual se trabaja. Lo que comúnmente consigue un miembro de grupo es aprender a escuchar, respetar, sabe que “no está solo” en la marea de defectos y errores que ha tenido (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, 2008).

Como se acaba de observar estas características son ampliamente significativos para llevar a cabo una adecuada intervención grupal, así mismo, existen tácticas las cuales complementan a la misma, y enseguida se presentan.

Tácticas de intervención grupal.

A continuación se presentan las tácticas que toda intervención grupal debe tener presente, independientemente del enfoque psicoterapéutico que se utilice:

Saludo.

Esta es la primera táctica de iniciación y comunicación con el grupo. El saludo es el primer contacto físico entre los usuarios participantes y el facilitador, y debe ser cordial y afectuoso; este se enfatiza con un apretón de manos a cada uno de los usuarios y de preferencia se les nombra por su nombre. Este acto tiene el fin de presentarse y disminuir la ansiedad mórbida en los participantes. Es el primer paso de las relaciones interpersonales entre el facilitador y los integrantes del grupo; el objetivo es integrar al grupo, que ningún usuario participante pase inadvertido.

A veces los participantes solicitan más información, por lo que el facilitador debe brindársela. Al igual, el facilitador debe mencionar el objetivo general que guía el trabajo grupal y de igual manera, tener presente los objetivos específicos de cada sesión.

Rapport.

El rapport es el establecimiento de un sentimiento de mutua confianza y comprensión, por parte del facilitador, y se establece desde el primer contacto con los usuarios; del recibimiento en la puerta hasta el final de la sesión. Al inicio de la sesión, es eficaz abordar un tema que les quite la tensión a los usuarios; ello, por encontrarse por vez primera con un grupo de personas totalmente desconocidas. Esta condición de empatía es necesaria para el trabajo terapéutico. El facilitador juega un papel importante en el establecimiento del rapport, no sólo al iniciar cada sesión, sino, durante todo el proceso terapéutico, mediante sus respuestas empáticas y fomenta estas en los participantes; es decir, el facilitador debe tener la capacidad y sensibilidad de “sentir dentro de sí mismo”, las actitudes expresadas por cada usuario; asimismo, se recalca la relación de confidencialidad entre todos los usuarios, se incluye al facilitador.

Disposición adecuada del espacio físico.

El espacio para realizar la intervención grupal que se adapte a las necesidades tanto del facilitador y de los usuarios participantes, es un factor determinante para facilitar la relación entre facilitador y usuarios participantes. Por ello, la colocación de sillas (generalmente en círculo), la ventilación, la iluminación, color del mobiliario y del espacio, la limpieza del espacio y el acceso restringido a otras personas que no forman parte del grupo son necesarios para aumentar las posibilidades de beneficio.

Encuadre o contrato.

Es la directriz de la intervención grupal, es el planteamiento de las reglas que permite el adecuado funcionamiento en la intervención grupal. Desde el primer momento, el facilitador plantea las situaciones referentes al cómo, cuándo, dónde y a qué hora se realizarán las sesiones. Se destaca el nivel de confidencialidad en la expresión de asuntos personales y el respeto hacia los mismos; así como la importancia de la puntualidad. Se plantea la duración del trabajo grupal; así como el pago de los honorarios. De igual manera se establecen la forma de expresión de los afectos. Se establecen los roles que cada quien juega dentro del trabajo grupal.

Tácticas de actitudes de pensamiento, sentimientos, experiencias, actitudes y de identificación.

Las actitudes están enfocadas hacia:

Factores cognoscitivos. La actitud del usuario debe ser realista, no mágica; esto es, una vez que se dé cuenta cómo es, debe darse cuenta que el cambio depende de él, no del facilitador. El cambio no viene en automático.

Factores emocionales. La expresión de las emociones no es signo de debilidad; mucho menos de ridiculez. Es posible expresar los sentimientos sin ser juzgados. La labor del facilitador debe ser de conocimiento y comprensión. Del reconocimiento y respeto de las emociones puede salir una gran fuerza de control. Se trata de que el facilitador conduzca a cada usuario del grupo, a pensar sobre sus sentimientos e ideas que expresa, como parte de su personalidad, y no fuera de sí mismo.

Factores conductuales. Es la situación donde se ponen de manifiesto sentimientos y actitudes que no derivan directamente de las palabras del usuario, sino de la comunicación de

su contexto. El facilitador cuestiona la actitud del usuario con respecto a su expresión verbal, la que a veces no corresponde. De igual manera se pueden usar técnicas de alentamiento para reforzar una conducta.

En el grupo siempre se tienen que enfocar las actitudes hacia estos tres conceptos y relacionarlos con el tema que se está trabajando en grupo.

Táctica de catarsis.

Actualmente la catarsis es utilizada como un método de abreacción. Es la liberación de las emociones reprimidas cuando se consigue que el usuario hable abiertamente de su conflicto y reconozca las causas; lo que trae como resultado, el alivio de una excitación anormal, de esta manera restablece la relación entre la emoción y el objeto que provocó la excitación originalmente. Sin embargo, en este proceso, se deben tomar las precauciones para permitir la abreacción de un impulso. En el avance del proceso grupal, el requerimiento de la catarsis se ve como oportuno, pues con el tiempo, los usuarios adquieren una mayor comprensión de sí mismos y una mayor capacidad de control. La catarsis puede surgir de manera espontánea o puede ser provocada por el facilitador. Se pueden utilizar vocablos más primitivos; e incluso, y si el grupo lo permite, pueden utilizar palabras soeces.

Táctica del silencio.

La experiencia en el trabajo terapéutico grupal es una relación interpersonal que está matizada por palabras y silencios. En general, la cultura, desaprueba el silencio en una conversación, provoca incomodidad; una pausa muy larga de silencio se considera un vacío social. Pero el silencio también comunica y todo facilitador debe aprender a escucharlo. Esta comunicación se da por medio de diversos mensajes subjetivos. En la intervención grupal, el silencio aparece como una táctica aceptable o rechazante; para que este sea utilizado por el facilitador con eficacia y profesionalismo, debe tener una connotación de aceptación, dentro del ritmo de los afectos y conversaciones del grupo. El facilitador también usa el silencio para transmitir *insight* a los usuarios participantes. Un silencio prolongado coloca a los usuarios participantes en una situación de mucha ansiedad.

Táctica de contextualización.

Dicha táctica se emplea cuando el facilitador coloca los conflictos de los usuarios en contextos diferentes a aquellos en que ellos los han colocado. En este sentido, se sabe que, una

palabra adquiere distinta connotación dependiendo las palabras que se emplean o la rodean; de igual manera una frase tiene el mismo efecto si se hace lo mismo. Para que estos contextos sean válidos, deben poseer una conexión lógica o de sentido con la o las premisas emotivas de los usuarios; así cuando, reducen la intensidad emotiva de estas, y cuando el contenido de los contextos represente adecuadamente la realidad.

El contexto se refiere precisamente al conjunto de palabras que rodean y modifican el significado de una palabra o concepto. De esta manera, en la intervención grupal, el facilitador coloca el problema de los usuarios del grupo en diferentes contextos.

Generalmente cuando se inicia una sesión, siempre hacer un resumen de la sesión anterior.

Táctica de alentamiento.

El aliento es como un tipo de recompensa que produce un efecto de refuerzo en alguna conducta o actitud y promueve la espera de otras recompensas futuras. Al igual, se invita a participar al usuario que no habla.

Las diferentes premisas en que se apoya esta táctica:

1. Animar a que los participantes a explorar nuevas ideas o experimentar diferentes formas de conducta.
2. Reducir directamente la angustia y la inseguridad.
3. Reforzar las formas de conducta nuevas.

El aliento también es utilizado en la predicción de resultados o como efecto tranquilizador de la entrevista.

Táctica de cierre.

Las tácticas de cierre no son tan fáciles de manejar, pues es de gran importancia que, sobre todo, el facilitador las aplique con habilidad y eficacia. Dicho método se puede aplicar cuando se pone fin a una unidad de trabajo, para finalizar una reunión, o dar por terminada la labor realizada por los usuarios participantes. Para cada una de estas finalidades, existe un método para terminar la actividad.

Asimismo, para finalizar una sesión de trabajo, se establecen los límites de tiempo. En general se utilizan las ideas expuestas previamente por los usuarios participantes y se elabora

un breve resumen del material obtenido. Hacer referencia al futuro, sirve para indicar que la reunión llegó a su fin. De igual manera, las actitudes y ademanes del facilitador indican que la reunión terminó. Otra táctica es dejar tarea para hacer en casa.

Para dar por terminada una labor grupal, las tácticas varían de acuerdo al trabajo realizado. En general, el facilitador puede dar fin a las actividades en el momento que considere que las metas de los usuarios se han alcanzado y que el sujeto es capaz de enfrentar sus problemas por sí mismo (González, Monroy y Kupferman, 1999).

Modelos de intervención.

Ahora bien, existen formas para intervenir y esto es de acuerdo a distintos marcos teóricos, también reconocidos como enfoques o modelos, en donde los modernos son el *psicoanálisis*, *cognitivismo* y *humanista*, por su parte, los modelos postmodernos son el *construccionismo* y *constructivismo*, los cuales a continuación se presentan.

Psicoanálisis.

Al psicoanálisis se le puede atribuir como el primer sistema estructurado de psicoterapia, este es representado por Sigmund Freud, para él la actividad mental tiene lugar de acuerdo a dos modalidades: *consciente e inconsciente*. El consciente se refiere a la información inmediata, a las leyes de la gramática y a la lógica formal; estos son orquestados por el *principio de realidad*, lo cual conduce a la conformación del mundo exterior. Por su parte, los contenidos inconscientes sólo son inferidos y la persona no se percata de ellos; estos son orquestados por el *principio del placer*. Más adelante, Freud ejerce una estructura para el aparato psíquico, el cual se conforma por: *el yo, el ello y el súper-yo*.

El yo, corresponde con el consciente, y de acuerdo a Freud, el yo representa a la razón y al sentido común, así mismo, se orquesta por el principio de realidad. El ello, corresponde con el inconsciente y está orquestado por el principio del placer, de acuerdo a Freud es el depositario de los instintos y, por ende, se le considera desorganizado, emocional, oscuro y de difícil acceso. Por su parte el súper-yo, el cual deriva de la *introyección* de las figuras parentales, es el depositario de lo que está bien y mal. El súper-yo, contiene a elementos tanto conscientes e inconscientes.

Cognitivo conductual.

Básicamente, el concepto central gira en torno a la *cognición* y, por ende, se enfatiza en las ideas, creencias, imágenes, atribuciones y expectativas, las cuales se ajustan al concepto de *significado*, y muy primordialmente en cómo se fabrica ese significado. Ante la insatisfacción de los modelos conductuales y psicoanalíticos, aparece el enfoque también conocido como cognitivo-conductual. Las terapias cognitivas no tienen un único creador, en consecuencia, los representantes más significativos son Kelly, Ellis y Beck.

Siendo así, George Kelly con su *terapia de los constructos personales* hace referencia a que los individuos organizan perceptualmente el entorno y se basan en constructos personales, es decir, en dimensiones y términos descriptivos. Por su parte, Albert Ellis con su *terapia racional emotiva* hace referencia a que las alteraciones psicológicas se interpretan por la predisposición que las personas llevan a cabo a través de evaluaciones de carácter absoluto y dogmático, las cuales dan lugar a un acervo de creencias irracionales. Mientras que, Aaron Beck con su *terapia cognitiva* conceptualiza a la terapia como un sistema que se basa bajo el supuesto de que en la manera en que las personas perciben estructuran su experiencia y esta repercute en sus sentimientos y acciones.

Humanista.

También conocida como la tercera fuerza de la psicología, y que debido a la diversidad de enfoques se puede conceptualizar como un movimiento humanístico-existencial, por lo tanto, estos son los autores más representativos: Binswanger, May, Rogers, Maslow, Laing, Perls, Berne, Lowen y Moreno. A pesar de que son diferentes representantes todos tienen la particularidad sobre una concepción psicológica del ser humano. En primer lugar, tenemos al *análisis existencial* en donde Ludwig Binswanger propone que el punto de partida para entender la personalidad es la predisposición humana a distinguir significados en los sucesos. El estadounidense Rollo May incorporo en el contexto de la terapia las experiencias existenciales de la ansiedad, el amor y el poder.

Por su parte, Ronald Laing enfoca su trabajo en el ámbito psiquiátrico, y enfatiza en comprender al individuo con esquizofrenia desde ser humano independientemente de los síntomas de la enfermedad. *La psicología del ser* representada por Abraham Maslow, hace referencia a la autorrealización, en la que se entiende en la satisfacción de necesidades

paulatinamente superiores aunado a esto el agrado de en la necesidad de estructurar el mundo por medio de los propios análisis y valores. Por otro lado, Carl Rogers y *la psicoterapia centrada en el cliente*, resalta la *actitud del terapeuta* como componente fundamental del cambio.

Por otro lado, se encuentra Fritz Perls y la *psicoterapia gestáltica*, la cual se torna en dos puntos fundamentales; la concepción del individuo como *totalidad* (Gestalt), así como el énfasis en el *aquí y ahora*, de acuerdo a Perls las personas tienen la predisposición natural de completar su existencia, no obstante, en ocasiones la Gestalt esta inacabada y causa asuntos inconclusos en el individuo. El *análisis transaccional* de Eric Berne, en el cual hace referencia al estado del yo; tipos de emociones y pensamientos aunado de un conjunto de patrones de conducta. Y por último, el *psicodrama* de Jacob Moreno, al cual lo define como un método de investigación de la autenticidad por medio de métodos dramáticos.

Construccionista.

El modelo sistémico ejerce una postura de llevar la acción terapéutica hacia un ámbito de interacción personal. Fue Ludwig von Bertalanffy quien acuña el concepto de *sistema* al que define como un *complejo de elementos en interacción*. La historia del modelo sistémico ha enfatizado a la terapia de familia, sin embargo, también existe en modo individual. Los representantes más significativos de este modelo son Bateson, Haley, Watzlawick, Minuchin y Selvini Palazzoli.

Bateson y Watzlawick representan a la *escuela interaccional* que surge con el grupo de Palo Alto, en donde enfatizan sobre el estudio de *doble vínculo* el cual tiene que ver cuando en un mensaje hay por lo menos *dos niveles de comunicación* que difieren o son incoherentes. Por otro lado, se encuentra la *escuela estructural y estratégica* de Minuchin y Haley. En donde para el primero la estructura familiar es el conglomerado invisible de demandas funcionales que ordenan las maneras en que interactúan los integrantes de una familia. Haley enfatiza en el tema de la jerarquía familiar.

Constructivista.

Existen tres puntos centrales para entender la naturaleza constructivista:

1. Su conocimiento es comprendido por *construcción* de la experiencia y no por mera *representación* frontal del mundo real.

2. Su conocimiento es comprendido por *invención* de innovadores marcos de interpretación y no por mero *descubrimiento* de la realidad.

3. He de aquí la oportunidad de diversos significados sobre un mismo suceso lo que deriva en interpretaciones alternativas, y esto enfáticamente señala al cambio terapéutico desde esta panorámica.

El *mindfulness* es uno de los tratamientos de esta corriente también conocidos de tercera generación, por lo tanto, su traducción es sobre la palabra *sati* del pali, el cual es el idioma donde se plasmó las enseñanzas de Buda, el *mindfulness* en castellano significa *atención plena o conciencia plena*, el cual es el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes de meditación que se derivan de la tradición budista y que hoy en día forman parte de diversos modelos de tratamiento en psicoterapia (Martorell, 2014).

Ahora bien, después de haber hecho un abordaje acerca de la terapia de grupo y de su historia, es conveniente mencionar aquellas psicoterapias que más cabida tienen en un ámbito psiquiátrico, ya que precisamente este es el escenario en donde participé.

Psicoterapias en la asistencia psiquiátrica.

El hablar de las instituciones psiquiátricas nos remite a creer que todo gira alrededor de la medicalización, sin embargo, es un riesgo el basarse en un enfoque excesivamente biologicista, por lo tanto, se presentan las principales corrientes psicoterapéuticas aplicadas en las unidades psiquiátricas:

Psicoterapia cognitivo conductual.

Actualmente el enfoque cognitivo suele ser el más empleado para el tratamiento, especialmente en las terapias breves. Así mismo, es la base de la mayoría de enfoques psicoeducacionales. Los autores han ido reconociendo la importancia de este enfoque, se ha observado que, en la práctica, la terapia de la conducta realmente estaba demasiado cerca de algunas psicoterapias de índole psicoanalítica. También se ha demostrado que aspectos como la relación terapéutica, la sugestión y la manipulación de las expectativas del paciente en cuanto a la mejoría de sus problemas parecían ocupar un papel importante. De manera progresiva, la terapia cognitivo conductual ha comenzado a tomar en cuenta las creencias, los pensamientos, las cogniciones y los sentimientos de los pacientes.

Psicoterapia interpersonal.

Vinculada remotamente del psicoanálisis de H. S. Sullivan, la psicoterapia interpersonal, fundamentada en las concepciones de Klermann y Weismann, y próxima a los procedimientos cognitivos, aunado a una complicidad dinámica, y que por lo general es empleada en los trastornos depresivos.

Psicoterapia sistémica.

Tratamientos que datan de los años 50 y que han pasado por un rápido crecimiento desde 1960. Comúnmente lo novedoso en el enfoque sistémico son las estrategias terapéuticas, tanto en el rol del terapeuta como en las tácticas que utiliza para producir cambios en el sistema.

Psicoterapias corporales y artísticas.

Hay dos tipos de terapias corporales, por un lado, las terapias “acerca del cuerpo” comúnmente utilizadas cuando la psicoterapia psicoanalítica verbal es difícil de proponer, ejemplo cuando el insight es insuficiente. Es así que se crea un “espacio intermedio” y facilite el trabajo terapéutico. En consecuencia, el espacio se elabora en el contexto corporal de la relación por medio de una elección de materia no-verbal que posibilite el tratamiento del área conflictiva y afectación intrapsíquica del paciente. Por otra parte, las terapias “corporales y artísticas” que el mismo nombre dice aquellas que trabajan en el cuerpo y a través del cuerpo. Algunas de ellas son la pintura, escultura, música, hipnosis, relajación, Gestalt y psicodrama (Guimòn y Chouza, 2013).

Una vez presentado el soporte teórico metodológico y teniendo conocimiento acerca de las patologías más vistas, las entrevistas iniciales, la evaluación psicológica, así como la intervención grupal, es momento de continuar con el siguiente capítulo, el cual enfatiza en las actividades realizadas durante mi periodo de servicio social.

Capítulo 3. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

El siguiente capítulo tiene la finalidad de describir paso a paso cada una de las labores realizadas durante mi prestación de servicio social. También se habla del aprendizaje obtenido, ya que los logros conseguidos fueron bastantes, y por consiguiente se pusieron a prueba mis actitudes y habilidades profesionales bajo un escenario psiquiátrico.

Programa de hospitalización

En el área de *hospitalización hombres* existe la participación e intercambio de diferentes especialidades, tales como: Psicología, Psiquiatría, Enfermería y Trabajo Social. Cada paciente que ingresa al servicio es valorado por dicho equipo técnico multidisciplinario y de esta manera cada uno realiza su trabajo en beneficio de los pacientes. Se trata de pacientes psiquiátricos agudos, mayores de 18 años, que requieren hospitalización continua, a los cuales se les realizan exámenes de laboratorio, gabinete, pruebas psicológicas y estudio socio-económico familiar. Se les aplica tratamiento farmacológico y se les incluye en grupos de psicoterapia, participa en terapias de rehabilitación, recreativas y ocupacionales. A los familiares se les invita a participar en pláticas de orientación.

El estar como prestador de servicio social en el área de hospitalización *cuarto piso “hombres”* me brindó la oportunidad de entrar en contacto directo con los pacientes, y de esta manera me incorporé a las siguientes actividades:

1. Entrevistas iniciales
2. Evaluación psicológica completa
3. Intervención grupal

Proceso de internamiento en el área de hospitalización cuarto piso “hombres”.

El proceso inicia cuando los pacientes ingresan al área de hospitalización *cuarto piso “hombres”*, hay pacientes que son trasladados de otros departamentos del mismo hospital, esto puede deberse a diversas causas, que van desde brindarle otro tipo de programa que se adecue más al paciente, así como pacientes conflictivos que ya no son tolerados en su departamento de origen, sin embargo, la gran mayoría ingresan directamente al área de hospitalización, los cuales son internados por sus familiares. Debido a esto, se puede categorizar a cuatro tipos de pacientes a su llegada al área de hospitalización:

Paciente de personalidad premórbida. Normalmente estos pacientes son llevados por sus familiares y en una cantidad muy reducida existen casos en donde el mismo paciente llega a la conclusión de que necesita atención psiquiátrica, es decir, que por sí solos deciden internarse (sólo piden el acompañamiento de un familiar para realizar los trámites que requiera el hospital). El paciente premórbido tiene cambios de comportamiento abruptos, es por eso que para los familiares hay motivo de alarma, ya que comienzan a percibir en su familiar comportamientos tales como agresividad, irritabilidad, aislamiento, entre otros, y de esta manera deciden acercarse a las instituciones psiquiátricas.

Pacientes en crisis e intento de suicidio. Por lo general los familiares son quienes se comunican vía telefónica con el hospital, ya que estos pacientes llegan en calidad de urgencia y son trasladados en las unidades médicas del hospital. Estos pacientes a lo largo del tiempo planean la manera para llevar a cabo el acto suicida, por lo tanto, aquel acto autoinfligido es causa de dolor o daño superficial, sin embargo, es muy probable que ocasione la muerte. De esta manera hay quienes se hacen daño mediante quemaduras o/y cortaduras en piel, por sobredosis de algún medicamento, saltar desde una altura considerable, dispararse o ahorcarse.

Pacientes recidivantes o de puerta giratoria. Se trata de pacientes con reingresos frecuentes al hospital, estamos hablando de aquellos que cuentan con tres o más hospitalizaciones en un año. Existe una cantidad considerable de pacientes con reingreso, de cierta manera estos mismos han caído en una costumbre por entrar y salir del hospital.

Pacientes en situación de calle. Son aquellos pacientes que no cuentan con una vivienda fija o adecuada y que no tienen recursos económicos propios, ni mucho menos el apoyo familiar. Por lo regular estos pacientes también suelen ser trasladados por las unidades de urgencia del hospital, ya que dichos pacientes son denunciados a las autoridades por estar alterando el orden público.

Existen 3 psiquiatras y cada uno cuenta con 2 residentes, la labor del psiquiatra es conocer el estado del paciente, por lo tanto, este mismo determina el tipo de medicación, el tiempo de internamiento y todos aquellos estudios o servicios que requiera el paciente, ya que pueden ser estudios psicológicos, neurológicos y hasta de misma atención dental.

Normalmente el prestador de servicio social es quien acude al área de enfermería, que es donde se encuentra la bitácora de ingreso y en la misma se obtienen datos del paciente tales como:

1. *Nombre y edad del paciente*
2. *Número de cama asignada*
3. *Diagnóstico*
4. *Psiquiatra de cabecera*

Entrevista inicial.

Una vez que el paciente ha sido visto por un psiquiatra es momento para que la adscrita y sus pasantes comiencen su labor, la entrevista inicial consta de los siguientes datos.

Ficha de identificación:

Nombre, sexo, estado civil, fecha de nacimiento y edad, religión, escolaridad, ocupación y procedencia.

Desarrollo de la entrevista:

1. Motivos de ingreso al hospital
2. Quién compone su núcleo familiar y social
3. Explorar si ha tenido ideación suicida; cuántos intentos y en qué fechas han sido
4. Explorar alteraciones en la percepción; olfativa, auditiva y visual
5. Consumo de sustancias; tipos, cantidades, tiempo de consumo, inicio en el consumo y la última vez en que consumió la sustancia
6. Proyección a futuro

Al término de la entrevista se realiza la nota psicológica la cual se anexa al expediente del paciente, las características que conforman la nota de psicología es prácticamente el desglose de los datos obtenidos del esquema de la entrevista inicial, aunado a esto, se añade un examen mental. Dicha nota es firmada por la adscrita y por los pasantes, y finalmente la misma queda en el expediente, y ya no se vuelve a entrevistar a los pacientes.

Normalmente ingresan al área de hospitalización *cuarto piso "hombres"* alrededor de 12 pacientes por semana, aproximadamente esto equivale a 48 entrevistas al mes, por lo tanto, durante los 6 meses de la prestación de mi servicio social, se realizaron 288 entrevistas de las

cuales aproximadamente 140 de ellas llevó a cabo la adscrita, y las 148 restantes se dividieron entre los 3 pasantes, es decir, que realicé cerca de 49 entrevistas y 239 como coentrevistador.

También existen pacientes sobre todo los de situación de calle o en crisis, que suelen ser entrevistados en su misma cama, ya que su condición no les permite asistir hasta el consultorio de psicología. Por estas razones una entrevista oscila desde 5 minutos como mínimo y 25 como máximo.

Adaptación de los pacientes en el área de hospitalización.

Cuando los pacientes ya han sido entrevistados por las diferentes especialidades, estos mismos poco a poco van adentrándose al ambiente del hospital psiquiátrico, y algunos comienzan a interactuar con los demás pacientes, mientras que otros prefieren estar alejados del resto. El tiempo de permanencia en el área de hospitalización es la siguiente:

1. *Corta estancia:* Son pacientes que suelen permanecer hospitalizados de siete días hasta dos semanas.
2. *Estancia media:* Son pacientes que suelen permanecer dentro del hospital de quince días hasta dos meses.
3. *Larga estancia:* La permanencia de estos pacientes es la más larga y oscila de dos meses a tres meses.

Es importante mencionar nuevamente que el tiempo de permanencia de cada uno de los pacientes depende del criterio de los psiquiatras, ya que ellos prácticamente son los que deciden el rumbo que el paciente psiquiátrico tendrá en el área de hospitalización. Siendo así, los psiquiatras determinan si los pacientes tienen derecho a las siguientes actividades:

Taller. Es el espacio para el paciente hospitalizado el cual le permite mantenerse ocupado y al mismo tiempo desarrollar habilidades sociales, manuales y artesanales. Ya que en este espacio existen pacientes de diferentes áreas del hospital. Los talleres son tres veces a la semana con un horario de 10:00 a 11:00 am.

Jardín. Es un espacio natural y recreativo en donde el paciente puede salir a despejarse de su encierro, y de esta manera participar en las diversas dinámicas que existen en dicho espacio. Suelen jugar fútbol, basquetbol, y en ocasiones hay la posibilidad de cantar y bailar, ya que hay un sonido que se encuentra disponible para los pacientes. El horario de jardín es de lunes a viernes de 11:00 a 12:00 am.

Visitas. Es un espacio que los familiares pueden tener, por lo regular este tipo de visitas es para saber el estado de su familiar hospitalizado, así como para llevarle algunas cosas de higiene personal y de proporcionarles dinero, ya que en el jardín existe una tienda, por lo tanto, es allí en donde gastan el dinero que sus familiares les proporcionan durante la visita.

Teléfono. Es el espacio para que el paciente psiquiátrico pueda tener comunicación vía telefónica con sus familiares más cercanos. El teléfono se encuentra en el área de enfermería, por lo tanto, este personal está al tanto de prestar el servicio al paciente que lo necesita.

El paciente psiquiátrico debe mostrar un buen comportamiento, tanto con sus compañeros como con el equipo multidisciplinario, y si es así él paciente tiene derecho a estas cuatro actividades que el área de hospitalización le ofrece, de lo contrario no tendrá acceso a dichas actividades. Otra de las jurisdicciones que el psiquiatra tiene es la de elegir a los pacientes que tendrán un estudio psicológico. Estamos hablando que si doce son los pacientes que ingresan por semana al área de hospitalización, solamente dos son evaluados.

Evaluación psicológica.

El proceso de evaluación inicia cuando el psiquiatra expide una orden al área de psicología, la cual tiene las siguientes características:

1. Nombre del psiquiatra que expide la orden
2. Nombre del paciente que necesita ser evaluado
3. Nombre a quién se solicita la evaluación; psicología y nombre de la encargada del área
4. El tipo de pruebas psicológicas que psiquiatría demanda sobre el paciente
5. La orden debe estar firmada por psiquiatría y psicología

Cuando la orden ya ha sido entregada al área de psicología, es momento para que los pasantes identifiquen al paciente que es candidato, para ser evaluado. El pasante de psicología realiza el rapport con el paciente para de esta manera iniciar con la evaluación. Un estudio completo en el área de hospitalización consiste en las siguientes pruebas:

1. Test Gestáltico Visomotor de Bender
2. H.T.P. Casa Árbol Persona
3. D.F.H. Dibujo de la Figura Humana

4. Test de Persona Bajo la Lluvia
5. Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS-3)
6. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-2

También existen pruebas adicionales tales como:

1. Neuropsi Atención y Memoria
2. BETA - III

Normalmente son los pasantes quienes realizan la aplicación de las pruebas psicológicas, por lo tanto, durante mi servicio social en el área de hospitalización se realizaron cerca de 22 evaluaciones psicológicas, de las cuales 15 estuvieron bajo mi responsabilidad y el resto de las evaluaciones mis compañeras pasantes se hicieron cargo. De acuerdo a mi experiencia y percepción, los pacientes a los que se les realiza la evaluación psicológica en el área de hospitalización, son aquellos con: a) posible discapacidad intelectual, b) estado depresivo y/o suicidio, y c) cuando los psiquiatras no encuentran un diagnóstico tan preciso y es por eso que se auxilian de la evaluación psicológica, para de esta manera dar un diagnóstico más confiable acerca del paciente. Hay evaluaciones en donde los psiquiatras únicamente requieren el CI total del paciente y por esta razón sólo se aplica la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS-3).

Calificación e integración de las pruebas psicológicas.

Una vez que la aplicación de las pruebas ha terminado es momento para comenzar con la calificación de las pruebas que se hayan realizado. Para esto la adscrita y los pasantes se dividen las pruebas para hacer más rápida su calificación. Finalmente, cuando ya se termina de calificar las pruebas psicológicas es momento de hacer la integración de las mismas, por lo que esta labor la adscrita siempre la realizó y lo hizo bajo la siguiente estructura:

1. Ficha de identificación
2. Motivo de estudio
3. Observaciones generales
4. Técnicas y pruebas psicológicas aplicadas
5. Resultados: área de organicidad, área de inteligencia y área de personalidad

Intervención grupal.

El departamento de psicología tiene un espacio para reunir a los pacientes de manera grupal, el lugar está ubicado frente a los dos consultorios de psicología, el pasante es quien prácticamente recorre toda el área de hospitalización para invitar a que los pacientes asistan a la reunión grupal. La intervención tiene un horario de 9am a 10am y son los días martes, miércoles y jueves:

El día martes es de “asamblea” la cual consiste en hacer una serie de preguntas a los pacientes que asistan a la reunión grupal, estas preguntas se encuentran establecidas en una hoja impresa misma que la institución proporciona, ya que las preguntas están enfocadas hacia las condiciones de cómo se encuentra el hospital y es por eso importante saber la respuesta de los pacientes. Las preguntas son las siguientes:

1. ¿Cómo ha sido tratado por el personal médico?
2. ¿Cómo ha sido tu trato o/y convivencia con tus compañeros?
3. ¿Cuál ha sido tú impresión sobre las instalaciones, tienes pensado alguna mejora sobre ellas?
4. ¿Qué te ha parecido la comida en el hospital?

Los miércoles y jueves son días de intervención grupal, por lo tanto, es la adscrita quien desarrolla las dinámicas dentro de este espacio, los temas que más se trabajaron fueron: sesiones de juego, temas en relación a enfermedad mental y música terapia.

Es importante señalar los pormenores vistos en la población atendida. Para esto se presenta un análisis de los pacientes psiquiátricos durante su participación en las actividades tales como entrevistas iniciales, evaluación psicológica e intervención grupal.

Capítulo 4. Resultados obtenidos

La finalidad principal del presente informe profesional es identificar las labores del personal de psicología y cómo estas impactan en la mejoría de los pacientes psiquiátricos, por lo tanto, en este capítulo se presentan los resultados obtenidos de las labores realizadas con los pacientes psiquiátricos del área *hospitalización hombres*.

Análisis del proceso de entrevista.

El trabajo consistió en realizar una entrevista inicial en cada uno de los pacientes que ingresaba al programa, el espacio en el cual se realizó la entrevista es pequeño, en donde hay dos mesas, sillas y una computadora. Los materiales de trabajo fueron hojas recicladas y un bolígrafo. Cabe señalar que la adscrita tenía un formato a seguir en el momento de entrevistar. Se esperaba que la mayoría de entrevistas tuvieran un desarrollo normal, sin embargo, esto no fue así:

Hubo entrevistas con pacientes agresivos y violentos que se rehusaban al diálogo, el pasante motivó a estos pacientes para que se tranquilizaran, y al mismo tiempo tomaba algunas de las medidas previamente establecidas:

1. Evitar mirarlo fijamente a los ojos
2. No darle la espalda
3. Que las puertas del consultorio no estén bloqueadas, esto para una adecuada fluidez en el momento de entrar o salir
4. No gesticular de manera agresiva o retadora
5. Explicar al paciente lo que se estaba realizando durante la entrevista, para que conozca los movimientos del entrevistador
6. Saber en qué momento abandonar y en qué momento retomar la entrevista, y finalmente
7. Mostrarle seguridad y tranquilidad al paciente.

El pasante y la adscrita optaron por finalizar las entrevistas con pacientes agresivos y violentos, ya que se trataba de un escenario muy tenso y de riesgo para todos.

También hubo entrevistas con pacientes en estado delirante, en algunos casos conforme avanzaban los días sus delirios disminuían de manera significativa, sin embargo, había casos

en los que no existió mejoría alguna. Durante la entrevista se veía con más claridad el grado de severidad en cada paciente, ya que algunos solían involucrar en su delirio, llamaban al pasante y a la adscrita por el nombre de algún familiar, por lo tanto, se les cuestionó sobre su propio delirio, y de esta manera se buscó situarlos en una realidad más coherente y congruente.

Sin embargo, hubo casos totalmente diferentes al comportamiento de pacientes agresivos y delirantes. Se trata de pacientes depresivos, en donde algunos tuvieron un buen desempeño en su entrevista, estuvieron muy estables y participativos, ellos mismos reconocieron estar arrepentidos por haber atentado con su vida y se prometieron a sí mismos no volver a pasar por una situación de tal magnitud. El diagnóstico psiquiátrico de estos pacientes fue trastorno depresivo mayor, y algunos evolucionaron adecuadamente al tratamiento farmacológico y por lo regular estuvieron hospitalizados seis días.

Análisis del proceso de evaluación psicológica.

El trabajo radicó en evaluar psicológicamente a los pacientes asignados por psiquiatría, el espacio en donde se realizó la evaluación fue un consultorio pequeño, en donde hay una mesa, hojas blancas, lápices y un estante donde permanecen los test psicológicos. De material sólo se les brinda un lápiz para que sólo lo utilicen durante la aplicación de los test. El pasante en psicología fue quien realizó la mayoría de evaluaciones. Se creía que las evaluaciones tendrían un desarrollo normal, sin embargo, con algunos pacientes esto no fue así.

Hay evaluaciones en que los pacientes se oponían a ser evaluados y lo hacían mediante:

1. Ponen condiciones para la evaluación
2. Se resisten a la evaluación
3. Tardan demasiado tiempo en resolver los reactivos de la mayoría de las pruebas
4. No le dan la seriedad suficiente al contenido de las pruebas psicológicas
5. En el peor de los casos abandonan la evaluación

El pasante les motivó y reiteró la importancia de la aplicación de las pruebas, logrando de esta forma que ellos dejaran de oponerse y se “comprometieran” para cumplir con el requisito de la evaluación. Estas evaluaciones fueron las que más duraron, es decir, un estimado de tres a cinco días.

La evaluación de los pacientes psicóticos generaron impacto e interés en el pasante, ya que estos pacientes la mayor parte del tiempo manifestaron síntomas tales como: ansiedad, irritabilidad, paranoia, entre otros. Estos pacientes no fueron conscientes sobre la importancia de la aplicación de las pruebas, por lo tanto, la evaluación por momentos se tornaba complicada, y para esto el pasante fue tolerante ante dicha sintomatología que el paciente mostraba. El tiempo para evaluar a estos pacientes es alrededor de dos a cuatro días.

Así mismo, hubo evaluaciones ejemplares, en donde pacientes con un grado escolar de nivel licenciatura fueron bastante cooperadores, y en ningún momento mostraron inconformidad alguna, sino todo lo contrario pusieron todo de su parte durante todo su proceso evaluativo. Estos pacientes obtuvieron resultados más altos en la escala de inteligencia Wechsler con un C.I. arriba de 90 (el resto de los evaluados con este mismo test psicológico no rebasaron un C.I. de 65). El tiempo estimado para estas evaluaciones fue dos días.

Análisis del proceso de intervención grupal.

El trabajo grupal consistió en brindar dos sesiones cada semana en las instalaciones del área de hospitalización, en donde el espacio es amplio y está acompañado por sillas de plástico apiladas, este sitio también es utilizado para dinámicas impuestas por el personal de enfermería y algunos pacientes usan este sitio como área para ejercitarse. No existe un material de trabajo, ya que suelen quedarse con los lápices y por consiguiente pintan las paredes, así mismo están proclives a afilar las puntas de los lápices y causar algún tipo de daño ya sea para ellos mismos o para sus compañeros. Se esperaba que el grupo de trabajo estuviera conformado por la mayoría de pacientes hospitalizados. Sin embargo, esto no fue así, ya que había sesiones en donde participaban 5 pacientes y en otras hasta 25 pacientes. Nunca hubo la seguridad de encontrar a los mismos pacientes que participaron en la sesión anterior.

Antes de iniciar cada intervención grupal se les pregunta su nombre y edad, y posterior a esto se inicia con 10 minutos de estiramientos, esto con el fin de mantenerlos activos durante la hora de intervención. Cabe mencionar que la adscrita en psicología elegía los temas así como las dinámicas para impartir en las sesiones grupales. En la primera sesión la adscrita en psicología se presentó, al igual el pasante en psicología, y se motivó a que los pacientes también lo hicieran, al mismo tiempo se explicó la temática a abordar.

En las sesiones en relación a *enfermedad mental*, como ya se mencionó hubo estiramientos, no sin antes hacer rapport, enseguida se presentaron las reglas, mencionando que el seguimiento de las mismas facilitaría la participación de los integrantes: levantar la mano al momento de querer participar, respetar a los compañeros y abandonar la sesión para aquel miembro que cause desorden. Posterior a esto, el pasante en psicología comenzó con una lectura: “estigmatización”, en donde la finalidad fue promover una nueva percepción sobre este tipo de discriminación y crear un adecuado ambiente grupal, en donde se fomentó las relaciones interpersonales, se les indica que, por primera vez externen si han sido excluidos socialmente, cómo lo tomaron y qué hicieron para afrontarlo.

En esta dinámica, la gran mayoría de los integrantes estaban deseosos de platicar sus experiencias personales, y en un gran número de estas experiencias se reflejaba el enojo en contra de la sociedad, la adscrita y el pasante en psicología, dividieron el tiempo a modo que todos pudieran participar, sin embargo, el tiempo no alcanzó y se les reiteró que en la siguiente sesión participarían los integrantes que no pudieron compartir su experiencia.

Esta fue la dinámica en la que se llevó a cabo las temáticas sobre enfermedad mental; se exponía un tema y tanto la adscrita como el pasante en psicología preguntaban a los pacientes tratando de que la participación fuera muy nutrida, así mismo que tuvieran un mejor conocimiento sobre la enfermedad mental de cada uno de los pacientes. Estas sesiones finalizaban con una reflexión por parte de la adscrita y el pasante en psicología.

En las sesiones de *musicoterapia*, el objetivo fue conocer la influencia que cada uno de los ritmos musicales tiene sobre los estados emocionales de los pacientes, se les indica, cerrar los ojos y adoptar una postura cómoda en su silla, esto con el fin de que interioricen con los diversos ritmos. La primera melodía fue de Bach, en donde hubo integrantes que su opinión fue sentir gran relajación. La segunda melodía fue Happy de Pharrell Williams, en donde la mayoría de integrantes desde el inicio de la canción comenzaban a reír y entrar en interacción con su compañero de al lado. La tercera y última melodía fue My way de Calvin Harris, en donde un paciente de 21 años y otro de 50 comenzaron a bailar llevándose los aplausos y el reconocimiento del resto de los integrantes.

En esta dinámica, la adscrita y el pasante en psicología mantenían un orden en cada una de las reacciones que los integrantes tenían, por ejemplo, en la melodía de relajación hubo

pacientes que estaban comenzando a dormir, a estos se les invito a permanecer despiertos, en la canción de Calvin Harris a estos dos pacientes se les indicó no lastimarse con los movimientos que realizaban en el momento de bailar, así mismo permanecer tranquilos una vez que la canción finalizó, también hubo pacientes que no tuvieron gusto por la dinámica y abandonaron la sesión.

Se identifican acciones carentes de una buena práctica psicológica, por lo tanto, el siguiente y último apartado habla de estas limitantes del quehacer psicológico en el programa de *hospitalización hombres*.

Consideraciones finales

Enseguida se presenta la discusión de los resultados descritos del apartado anterior. Se mencionan las limitaciones y sugerencias, así como las conclusiones de la prestación de servicio social en el área de *hospitalización hombres* cuarto piso.

Discusión y conclusiones

La población con la que se trabajó en las actividades de entrevista, evaluación psicológica e intervención grupal fue bastante compleja, ya que el programa de hospitalización atiende a pacientes psiquiátricos agudos, por lo tanto, existen particularidades que se hicieron presentes durante mi participación en el hospital.

Esto se puede reflejar en la pequeña cantidad de pacientes que son elegidos (por parte del área de psiquiatría) para ser evaluados psicológicamente, en donde se le resta importancia al informe psicológico, ya que en la mayoría de ocasiones no es presentado a los familiares o en el peor de los casos ni siquiera saben que se le realizó una evaluación psicológica a su familiar hospitalizado. Tal pareciera que el programa de *hospitalización hombres* no ha dado la relevancia que merece a la evaluación psicológica, y que al mismo tiempo el personal de psicología no ha tomado cartas en el asunto. Y justo aquí entra el tema acerca del nulo acercamiento que el psicólogo tiene con los familiares de los pacientes, en donde los psiquiatras son los únicos que salen a la puerta a dar información sobre el estado de los pacientes, sin embargo, esta información radica en temas médicos más no psicológicos.

Los resultados encontrados en Cortes y Rascón (2010) mencionan que al existir un integrante de la familia con enfermedad mental hay una alteración en la dinámica familiar. El pariente enfermo es sobreprotegido (en otros casos es abandonado) por su familia y terminan por volverlo sumamente dependiente, situación que lo incapacita más, ocasionándole una pobre calidad de vida, aislamiento social lo que contribuye en su funcionamiento laboral, escolar y en su misma vivienda. Por lo tanto, es indispensable el acercamiento del psicólogo con los familiares del paciente hospitalizado, ya que ellos necesitan orientación y apoyo para su familiar con enfermedad mental.

En relación a las intervenciones grupales, existen situaciones que obstaculizan la asistencia de los pacientes a las sesiones grupales aspectos como; pacientes castigados

amarrados de pies y manos, pacientes sumamente somnolientos por el tratamiento farmacológico y por ende duermen en su cama, y pacientes que simplemente no tenían ganas de asistir y preferían cantar por los pasillos. Estos últimos son la clara evidencia de que la gran mayoría de los pacientes ingresa al hospital de manera involuntaria. Ante la involuntariedad por parte de algunos pacientes no existe alguna regla como tal que los comprometa a participar en la intervención grupal. En consecuencia, cada intervención grupal es demasiado variable en la cantidad de pacientes, por lo que la cohesión grupal fue nula.

Por otro lado, el personal de psicología no selecciona previamente a los pacientes, dicha ausencia en la selección hace que el grupo sea tremendamente heterogéneo, ya que a esto sumamos que en un mismo grupo coexisten pacientes con trastorno de personalidad, trastorno por consumo de sustancias, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia paranoide, entre otros. Esto no termina aquí, ya que la heterogeneidad alcanza otras variables tales como la edad, pacientes de cincuenta años conviven con pacientes de dieciocho años. Esto también repercutía con los temas abordados en la psicoterapia, ya que en ocasiones no correspondían con un sector de los miembros que conformaban el grupo.

En relación al tiempo de estancia, los pacientes con trastorno depresivo mayor son los que suelen permanecer un menor tiempo, es decir, la mayoría de ellos son los de corta estancia. Sin olvidar que los pacientes con depresión mayor son los que ingresan a hospitalización por intento de suicidio, esto deja en especulación si durante su permanencia en el hospital adquirieron un insight acerca de su condición que los llevó a ser hospitalizados. Esto tiene que ver con las veces en que ha ingresado el paciente al hospital psiquiátrico, es decir, la llamada puerta giratoria, en donde la gran mayoría de los pacientes han tenido por lo menos un reingreso, son casos muy aislados los pacientes de una sola hospitalización. Así mismo, había pacientes hasta con diez reingresos.

Se encontró que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, la carencia de habilidades sociales para insertarse a la sociedad y la cronicidad en su enfermedad mental son las causas principales del tema de puerta giratoria en el área de hospitalización. Dicha tendencia se relaciona con los datos de Pezzani (2017), en donde menciona que el *diagnóstico psicopatológico, los factores sociales y los aspectos dependientes del sistema de*

salud son los factores que más nutren la situación recidivante en los hospitales psiquiátricos, por lo tanto, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez no es la excepción.

De esta manera se concluye que las labores de entrevista, evaluación psicológica y psicoterapia grupal que la adscrita y el pasante en psicología realizaron en el programa de hospitalización se vieron rebasadas por la alta demanda de pacientes psiquiátricos, en donde la heterogeneidad de las enfermedades mentales es enorme, aunado a esto, las labores del psicólogo en ocasiones se ven limitadas por el propio protocolo del hospital, en donde el tratamiento farmacológico se convierte en la gran solución para los pacientes psiquiátricos. A pesar de estos inconvenientes, las actividades del psicólogo dentro del programa de hospitalización fueron parte importante para la recuperación de aquellos pacientes con una mejor funcionalidad, ya que algunos pacientes al salir del hospital se fueron con una nueva percepción acerca de la psicología, esto se observaba durante su desempeño en las psicoterapia grupal, así como en el deseo de trabajar con el personal de psicología, ya que esto bien podría traducirse en una empatía tanto de la adscrita como el pasante de psicología para con la población psiquiátrica.

Limitaciones y sugerencias

Durante la prestación de servicio social se consiguió un vasto aprendizaje, sin embargo, es importante mencionar las limitaciones a considerar, así como las sugerencias para optimizar el trabajo psicológico realizado en un hospital psiquiátrico:

1. *Entrevista.* Esta labor del psicólogo carece de un objetivo y de un sentido por realizarse, más allá de que en la entrevista inicial se obtenga información del paciente (que prácticamente es la misma información que psiquiatría previamente ya obtuvo) no se aprovecha este primer contacto, es decir, la entrevista es un momento clave para ir trazando un plan de trabajo con el paciente, hacerlo más adelante sería más complejo, esto debido a la cantidad tan alta de pacientes hospitalizados. Por otro lado, la entrevista estructurada que se maneja en el programa de hospitalización en ocasiones no se ajusta a las condiciones de algunos pacientes, ya que hay algunos que prefieren un diálogo más fluido y les desagrada un cuestionamiento rígido. Se recomienda que desde la entrevista inicial se recabe los datos que permitan crear las condiciones de trabajo con cada uno de los pacientes.

2. *Evaluación psicológica.* En comparación con las demás funciones del psicólogo la evaluación psicológica es la menos realizada, debido a que en primera instancia sólo se contaba con la adscrita y el pasante en psicología, posteriormente en el último mes de mi prestación de servicio social se incorporaron tres pasantes, más aparte de la adscrita. Por otro lado, había ocasiones en que se desconocía la utilización, aplicación, calificación y la interpretación de algunas pruebas psicológicas, lo cual consumía un tiempo. Así mismo, es importante conocer cuáles son los test o escalas más pertinentes para cada uno de los pacientes psiquiátricos, y no necesariamente aplicar los mismos test a todos los que se sometían a evaluación.

También se presentaron casos en donde la evaluación psicológica con algunos pacientes quedó inconclusa, por lo tanto, optimizar el tiempo para realizar evaluaciones más cortas sería algo fundamental. Se recomienda que al llevar a cabo una evaluación psicológica se le dé la importancia necesaria, sobre todo al informe psicológico, que es donde se descubren las deficiencias y habilidades de los pacientes, las cuales le brindarán una continuidad en su tratamiento, de lo contrario el informe psicológico seguirá almacenado en un expediente, sin un sentido de haberse realizado.

3. *Intervención grupal.* Es la mayor limitación por parte de las actividades que realiza el psicólogo en el programa de *hospitalización hombres*. A falta de una mejor estructura y a falta de apearse a un modelo de intervención, a la psicoterapia grupal se le sumaban problemas como: nula selección de pacientes, organización del grupo y su tamaño, duración de las sesiones, escasez en las tácticas y elementos, dificultad en las temáticas para abordar y escasa creatividad para trabajar con los pacientes psiquiátricos. En consecuencia, había ocasiones en que las intervenciones grupales se suscitaban conflictos entre los mismos pacientes, ya que las dinámicas favorecían más a una población psiquiátrica, mientras que a otra la desfavorecían.

Ante la falta de control y desorden no se alcanzaba a tener una misma atención para todos, y por consiguiente, todo esto influyó en el tipo de mejoría de cada uno de los pacientes. Una recomendación para seleccionar grupos es por medio de los diagnósticos psiquiátricos; esquizofrenia, depresión, trastornos relacionados a sustancias y trastorno bipolar. El hacer la selección de grupos por medio del diagnóstico psiquiátrico beneficiaría, ya que se les brindaría un trabajo más específico,

de lo contrario seguirá siendo un grupo demasiado heterogéneo. También se sugiere apearse al enfoque teórico que el hospital ofrece y en base a eso crear las condiciones para trabajar con los pacientes psiquiátricos.

4. *Terapia individual.* Muy recomendable es la terapia individual, sobre todo para aquellos pacientes en que va iniciando una adherencia al tratamiento, ya que estos pacientes comienzan a mostrar un interés por ser atendidos psicológicamente, en diversas ocasiones deseaban platicar individualmente debido a que en terapia grupal se reservaban cuestiones más íntimas y personales.
5. *Personal de psicología.* Se recomienda que al menos en esa área de hospitalización se incorpore otro psicólogo, ya que es demasiado trabajo para uno solo, esto a pesar de la participación de los prestadores de servicio social, estos sólo permanecen durante seis meses. Por otro lado, se sugiere que el personal de psicología se actualice y se le capacite para las funciones que realiza dentro del programa de hospitalización, esto con el fin de optimizar las entrevistas, evaluaciones psicológicas y psicoterapia grupal. Así mismo, se sugiere que el psicólogo desarrolle condiciones de trabajo, en donde no dependan en demasía con el trabajo multidisciplinario, sobre todo con psiquiatría, es decir, forjar su propia autonomía de trabajo sin caer en una individualidad.

Conclusión personal

El haber realizado mi servicio social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez fue un gran paso para mi formación profesional así como para la personal, durante seis meses pude ir conociendo el impacto que tiene la enfermedad mental sobre la sociedad, también pude conocer de qué manera el psicólogo participa para la recuperación de las personas que ingresan a algunos de los programas con los que el hospital cuenta, que en mi caso fue por medio del área de hospitalización hombres. De esta manera, pude darme cuenta que no es nada sencillo llevar a cabo una entrevista, una evaluación psicológica y más aún una intervención grupal. En cada una de estas funciones el psicólogo debe de estar a la altura, ya que pude comprobar que la intervención psicológica es fundamental para el tratamiento de personas que presentan algún diagnóstico psiquiátrico.

Esta misma enseñanza vista y aprendida me invita a continuar con mi preparación personal y profesional, ya que una de las metas encontrada durante este tiempo es la de poder contribuir, desde el lugar donde me corresponda, con la sociedad y esto a su vez poder

colaborar en beneficio del país. Sin duda, en este periodo hubo un antes y un después acerca de la responsabilidad y compromiso en cuanto a la forma de trabajo con las personas que requieren asistencia psicológica, ya que esto de alguna manera me brindo experiencia para comenzar a laborar en escenarios donde existan problemáticas de enfermedad mental. Quedo muy satisfecho y agradezco a la facultad de psicología por ser el conducto hacia el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Referencias

- Acevedo, A. y López, A. (2007). El proceso de la entrevista. México: editorial Limusa.
- Alarcón, R., Mazzotti, G. y Nicolini, H. (2005). Capítulo 2: historia de la psiquiatría. *Psiquiatría*. Editorial Manual Moderno. México.
- Carter, C., Elkin, D. y Vinogradow, S. (2000). Esquizofrenia. En Elkin, D. (Ed.), *Psiquiatría Clínica* (pp. 48-63). México: McGraw-Hill
- Castañeda, C. (2018). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Servicios de atención psiquiátrica. Acciones y programas. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Csap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>
- Connor, P. (2018). *Trastornos inducidos por sustancias*. Yale University School of Medicine, EU. Manual MSD. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/temas-especiales/uso-y-abuso-de-drogas-y-otras-sustancias/trastornos-inducidos-por-sustancias>
- Connor, P. (2018). *Trastornos por el uso de sustancias*. Yale University School of Medicine, EU: Manual MSD. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/temas-especiales/uso-y-abuso-de-drogas-y-otras-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>
- Cortes, M. y Rascón, M. (2010). Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*, Ciudad de México. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n6/7528.pdf>
- Cuello, L. y Saiz, J. (2010). *Trastorno psicótico breve*. Recuperado de http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf
- Díaz, I. (2000). Bases de la terapia de grupo. México: Pax México.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (2008). Restrepo G. Capítulo 94: psicoterapia de grupo. *Psiquiatría clínica: en niños adolescentes y adultos*. Editorial Medica Internacional LTDA.

- Gómez, M. y Graniel, A. (2008). Opción de titulación por Informe Profesional de Servicio Social. *Universidad Nacional Autónoma de México*.
- González, J., Monroy, A. y Kupferman. (1999). Técnicas y tácticas grupales. En *Dinámica de grupos*. (pp. 51-120). México: Editorial Pax México
- Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. (2014).
- Guimòn, J. y Chouza, J. (2013). Capítulo 1: las psicoterapias en la asistencia psiquiátrica. *El Psiquiatra y la Psicoterapia*. Editorial Eneida. España
- Heredia, C., Santaella, G. y Somarriba, L. (2012). Informe psicológico. México. Facultad de psicología, UNAM
- Jay, R. y Swerdlik, M. (2006). Parte uno: pruebas y evaluación psicológica. *Pruebas y evaluación psicológica*. Mc Graw-Hill. México
- Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T. y González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico
- Lemos, S., Fonseca, E., Paino, M. y Vallina, O. (2015). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid, España: Síntesis.
- Lifshitz, A. (2016). Sobre la comorbilidad. *Secretaría de Enseñanza Clínica, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am162a.pdf>
- López, S., Romero, M., Granados, R. y Dora, E. (2016). *Trastorno esquizofreniforme. Valoración neuropsicológica y neurofisiológica en un adulto mayor*. Asociación Mexicana de Neuropsicología A.C., México. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/325138807_Trastorno_esquizofreniforme_valoracion_neuropsicologica_y_neurofisiologica_en_un_adulto_mayor
- Lucio, E. (1995). *Inventario Multifacético de la Personalidad Minnesota-2*. México: Manual Moderno: UNAM.
- Machover, K. (1976). *Manual práctico de Valoración del Test de la Figura Humana*. Material mimeografiado no publicado. España.

- Mancilla, B. (2011). Manual para elaborar los informes psicológicos. México. Facultad de psicología, UNAM.
- Maña, S. (2005) La esquizofrenia en el hogar. Guía práctica para familiares y amigos. España.
- Marín, C. y Calderón, J. (2018, enero). Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de la enfermedad mental en adolescentes. *Enfermería actual en Costa Rica*. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n34/1409-4568-enfermeria-34-96.pdf>
- Marín, R., Benjet, C. y Borges, G. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*.
- Marneros, A. (2015). *Trastorno esquizoafectivo: una realidad clínica y una controversia teórica. El desarrollo de un concepto*. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498359039.pdf>
- Márquez, A. (s.f.). Trastorno disforico premenstrual. *Instituto de Psiquiatría Biológica Integral*
- Martorell, J. (2014). Psicoterapias escuelas y conceptos básicos. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/356744667/Martorell-J-L-2014-Psicoterapias-Escuelas-y-conceptos-basicos-pdf>
- Mayo Clinic (2018). Ciclotimia (trastorno ciclotímico). Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cyclothymia/symptoms-causes/syc-20371275>
- Medina, M., Sarti, E. y Real, T. (2015). Identificación y diagnóstico de los trastornos psiquiátricos. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Montes, J. (2012). Trastorno bipolar. *Afrontando el trastorno bipolar*
- Morrison, J. (2015). La entrevista psicológica. México: Manual Moderno

- Münsterberg, E. (1999). El test giestáltico visomotor para niños. Argentina: Editorial Guadalupe.
- Mussi, C. (2015). Capítulo 1: Psicoterapias: generalidades y particularidades. *La práctica de la psicoterapia: una guía para ser competente*. Ediciones Homo Sapiens. Argentina.
- Nahoum, C. (1961). La entrevista psicológica. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.
- Organización Mundial de la Salud (Abril, 2017). *Trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Pérez, A. (2015). Catatonia y delirium en pacientes neuropsiquiátricos: frecuencia, fenomenología y desenlace clínico. *Arch Neurocién (Mèx)*, 20(3), 190-200. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane153d.pdf>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. y Salgado, H. (2017). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Pezzani, G. (2017). Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatr Urug 2017*. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/03_TO2.pdf
- Portillo, I. (1994). Técnicas de la entrevista psicodinámica. México: Editorial Pax México.
- Querol, S. y Chaves, M. (2005). Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación. Argentina: Lugar Editorial.
- Robles, M., Celis, M., Navarrete, C., Rossi, L., Gilardi, M. y Barragán, B. (s/f). El servicio social. Recuperado de http://www.planeducativonacional.unam.mx/PDF/CAP_09.pdf
- Roca, M., Arroyo, M. y Arnillas, G. (Ed.). (2008). Trastornos de Personalidad
- Sabucedo, J. y Morales, J. (2015). *Psicología Social*. México: Panamericana.
- Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2006) Recolección de los datos cuantitativos en Metodología de la Investigación (Pag. 273-404). México: Mc Graw Hill.
- Saracco, A. y Escamilla, R. (2012). Breviario de esquizofrenia. Editorial prados. México.

- Schulz, C. (2018). *Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico*. Minnesota, EU.: Manual MSD. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/otros-trastornos-en-el-espectro-de-la-esquizofrenia-y-otros-trastornos-psic%C3%B3ticos>
- Schulz, C. (2018). *Trastorno psicótico debido a otra afección médica*. Minnesota, EU.: Manual MSD. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-psic%C3%B3tico-debido-a-otra-afecci%C3%B3n-m%C3%A9dica>
- Schulz, C. (2018). *Trastorno psicótico inducido por sustancias*. Minnesota, EU.: Manual MSD. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-psic%C3%B3tico-inducido-por-sustancias-medicaci%C3%B3n>
- Sullivan, H. (1996). *La entrevista psiquiátrica*. Siglo XX Nueva imagen
- Vázquez, G. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate, Vol. 14, Numero 2*
- Velázquez, E. y Ordoñez, C. (2015). Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. *Neuro – psiquiatría (Perú)*, 78 (2), 73-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039600003>
- Vieta, E. y Reinares, M. (2009). Trastorno bipolar y ciclotimia. *Manual de psiquiatría*.
- Zepf, F., Biskup, C., Holtmann, M. y Runions, K. (2017). Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Recuperado de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.3-Disruptive-mood-dis-SPANISH-2017.pdf>