



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**"REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE TRES CASOS DE
MUJERES ADULTAS (CON ENFERMEDAD MENTAL) PACIENTES DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"**

***INFORME PROFESIONAL
DE SERVICIO SOCIAL***

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

VALERO PACHECO PAOLA NICTÉ

DIRECTORA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ



**Facultad
de Psicología**

**CIUDAD UNIVERSITARIA
CIUDAD DE MÉXICO**

MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*"La locura, a veces, no es otra cosa que la razón
presentada bajo diferente forma".*

Goethe (1749-1832)

*"El de la locura y el de la cordura son dos países limítrofes, de fronteras
tan imperceptibles, que nunca puedes saber con seguridad
si te encuentras en el territorio de la una
o en el territorio de la otra".*

Heine (1848-1913)

AGRADECIMIENTOS

A mi *alma máter*, la Facultad de Psicología, de la máxima casa de estudios del país, la Universidad Nacional Autónoma de México, porque mi formación en sus aulas me permitieron encontrarme con el fascinante mundo de la psicología.

A mis padres, Pablo y Patricia, quienes conservan mi mayor admiración. Gracias por enseñarme día a día a ser mejor ser humano y mejor profesionalista, por cada decisión que han tomado en beneficio mío y de mis hermanos, por entregarme el mundo y más en mis manos, por apoyar mis decisiones, y por impulsarme a seguir creciendo y cumplir todos mis objetivos. Pero principalmente gracias por ser mi mayor ejemplo de tenacidad, disciplina y excelencia. A ustedes les debo todo lo que soy, y les estaré eternamente agradecida.

A mis hermanos mayores, Perla y Núriban, mi más grande orgullo. Gracias por todo el apoyo que me han brindado desde que tengo memoria, por enseñarme que la pasión por lo que uno hace, es la clave para lograr cualquier objetivo. Pero sobre todo gracias por demostrarme que con dedicación y valentía, se puede conseguir lo imposible.

A César, mi cómplice incondicional en todo este camino. Gracias por tu apoyo, tu tiempo y tu comprensión. A ti, que *"me lees lo mismo que un libro, sabes lo que yo ignoro y me dices las cosas que no me digo"*, por ser una gran motivación para mí, y porque se que juntos podemos alcanzar las estrellas.

A mis más queridas amigas Luna, Karla, Valeria y Esther, las mejores amigas que podría encontrar. Gracias por estar presentes siempre, en los mejores y en los peores momentos, por compartir las risas, los logros, las discusiones, y las desveladas. Gracias por coincidir en este viaje, porque cada evento en nuestra vida nos llevó a encontrarnos, porque mi estancia en la Facultad no hubiera sido lo mismo sin ustedes.

A mi Directora de IPSS, la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, muchas gracias por su dedicación y su tiempo, por sus enseñanzas dentro y fuera del aula, y por ser una gran guía en esta etapa final de mi formación académica. A mis sinodales, el Dr. David Aurón Zaltzman, la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, la Lic. Leticia Bustos de la Tijera y al Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por su orientación y apoyo en la realización de este trabajo.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y a todos los profesionistas con quienes compartí mi estancia durante la prestación de mi Servicio Social, ya que no solo aprendí bastante de Ustedes, sino que me permitieron desarrollar las diferentes habilidades y competencias que adquirí en la práctica del mismo, y me motivaron a continuar formándome en el apasionante mundo de la salud mental.

ÍNDICE

1. Resumen.....	6
2. Datos generales del programa del Servicio Social.....	7
3. Contexto de la Institución y programa del Servicio Social.....	8
4. Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social.....	15
5. Objetivos del Informe de Servicio Social.....	29
6. Soporte Teórico Metodológico.....	29
6.1 Introducción.....	29
6.2 Psicopatología.....	31
6.3 Enfermedades y trastornos mentales.....	38
6.4 Clasificación y aspectos generales de las psicopatologías.....	44
6.5 Evaluación psicológica.....	62
6.6 Pruebas psicológicas.....	71
7. Resultados obtenidos.....	88
8. Recomendaciones y/o sugerencias.....	125
9. Referencias.....	131
10. Anexos.....	135

1. RESUMEN

El presente trabajo representa un análisis crítico, sistemático y reflexivo de las actividades, programas y estrategias de intervención utilizados con pacientes que padecen alguna enfermedad mental, en el área de Psicología del programa de Hospitalización Continua en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante la estancia de seis meses de Servicio Social; así como los resultados obtenidos durante la intervención en el mismo. Contiene también la descripción de los objetivos de dicha Institución, y el marco de referencia relativo a su contexto.

Para dicho análisis se presenta una revisión teórica, metodológica y psicosocial de las características de la población atendida, es decir la presencia de trastornos mentales en el sujeto (psicopatología), de los elementos que conlleva la realización de una evaluación psicológica (con ayuda de entrevistas y pruebas psicológicas) para posteriormente establecer o confirmar un diagnóstico bien fundamentado.

* Palabras clave: psicopatología, evaluación psicológica, diagnóstico.

2. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Actualmente el objetivo general del programa de "Hospitalización Continua" en el área de Psicología es desarrollar un marco teórico-práctico que abarque la atención integral del paciente y su entorno junto con el equipo interdisciplinario para que el paciente pueda conocer y controlar su enfermedad, mejorar su calidad de vida, propiciar su autonomía e integrarse socialmente en forma digna y con una ciudadanía plena. Se procura desestigmatizar al enfermo mental ante la familia y la sociedad para que minimice sus desventajas, estimule sus capacidades y participe como ciudadano en sus derechos y obligaciones.

Se pretende también realizar una evaluación funcional del sujeto y del entorno, analizando sus necesidades, cultura, recursos existentes y demandas, acordando metas a corto, mediano y largo plazo como proyecto de vida y participando en el desarrollo de habilidades para ello.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", es una Institución que forma parte de la administración y servicio de la Secretaría de Salud, dependencia del Poder Ejecutivo de nuestro país. Fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 en la Ciudad de México, creado junto con el Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno", el Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y otros hospitales psiquiátricos en diferentes estados de la República bajo el proyecto "Operación Castañeda", el cual se desarrolló por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia durante el periodo 1966 a 1967, con el propósito de sustituir el sistema "manicomnial" obsoleto de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico del Manicomio General de la Castañeda, por un espacio donde el paciente encontrara una nueva motivación para su vida en el propio ambiente, con un personal responsable a cargo de su recuperación, por la mejora de la calidad de vida del mismo y la convivencia pacífica. El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se crea entonces con el objetivo de brindar atención médica hospitalaria a la población de ambos sexos adulta con trastornos mentales agudos, diagnóstico y tratamiento modernos (para dicho contexto temporal), así como sede de adiestramiento de personal médico en psiquiatría. Dicha atención psiquiátrica se llevaba a cabo a través de actividades de rehabilitación en forma sistemática como talleres de terapia ocupacional y actividades deportivas, que si bien permitían la convivencia grupal de los pacientes, no eran propiamente actividades terapéuticas que llevaran a la inserción social; esto no se lograría hasta casi 40 años después de su inauguración donde dicha atención integral sería el resultado de los diferentes programas de trabajo que a lo largo de los años han sido modificados para la mejora de la atención, tratamiento y rehabilitación del

paciente, contemplando la formación de un equipo interdisciplinario de médicos, psicólogos, enfermeras, rehabilitadores, trabajadores sociales, entre otros, que junto con la familia, la sociedad y el paciente mismo, como sujeto activo de su recuperación, harían posible la reinserción del paciente en su familia y comunidad.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es un hito en la psiquiatría mexicana ya que desde su concepción y hasta la fecha, es un hospital único en su clase y funcionamiento. Actualmente continua brindando atención Psicológica y Psiquiátrica a población adulta de ambos sexos, incluso aquellos no derechohabientes a seguros IMSS o ISSTE, atendiendo aproximadamente 45 mil pacientes al año (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2015), cuyos principales padecimientos son esquizofrenia, bipolaridad, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, padecimientos psiquiátricos secundarios a enfermedad médica (como puede ser epilepsia, adicciones, etc.), entre otras.

Cuenta con 8 pisos, de los cuales 5 corresponden al servicio de Hospitalización Continua: 4 pisos en adultos, divididos en área de hombres y área de mujeres, y uno correspondiente a la Unidad de Psicogeriatría; cuenta con Auditorio, Biblioteca, Centro de Enseñanza e Investigación, Aulas en cada piso, Área de jardín, Canchas deportivas, Dormitorios para Residentes médicos, y Comedor. Dentro de sus servicios para con los pacientes cuenta con las áreas de: Urgencias y Observación (24 horas), Consulta Externa, Hospitalización Continua, Hospital Parcial, Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT), Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM), Unidad de Psicogeriatría, Psiquiatría Comunitaria, Rehabilitación, Imagenología, Laboratorio de Patología Clínica, Servicios de Medicina Interna, Neurología, Ginecología, Medicina Preventiva, Cirugía, Anestesiología, Odontología y Farmacia. Ha sido certificado bajo los estándares internacionales y nacionales de calidad, siendo considerado uno de los mejores hospitales psiquiátricos en América Latina.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ha establecido como **Misión** brindar atención integral con calidad, seguridad y humanismo a la población que requiere servicios especializados, así como, formación de recursos humanos en la materia; mientras que su **Visión** es ser una institución psiquiátrica líder en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación.

○ PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA

El área donde fue realizada la prestación del Servicio Social, es conocida como Hospitalización Continua, la cual está destinada a la atención de pacientes psiquiátricos agudos, mayores de 18 años, que requieren hospitalización y vigilancia continua para su recuperación, ya que se encuentran en un estado de riesgo para con su vida o la de otros a su alrededor. Cada paciente que ingresa al servicio de Hospitalización Continua, es valorado primero en el área de Urgencias por un psiquiatra que determina si es necesaria la hospitalización y le anexa un posible diagnóstico; si es considerado necesario, posteriormente ingresa al área de Observación donde es valorado por un equipo técnico multidisciplinario y se le realizan exámenes de laboratorio, gabinete, entrevistas y estudio socio-económico familiar, para después ser trasladado a un piso de Hospitalización Continua. Una vez que ingresó en esta área se le administra un tratamiento farmacológico, se le realiza una evaluación psicológica y se le incluye en grupos de psicoterapia, actividades y terapias de rehabilitación, recreativas y ocupacionales: y a sus familiares se les invita a participar en pláticas de orientación y grupos de reflexión.

El “Programa Anual de Trabajo 2013”, para el área de Psicología en el servicio de Hospitalización Continua, es aquel que se llevó a cabo durante la

estancia en el Servicio Social, y es aplicado por 10 psicólogos distribuidos en los distintos pisos de Hospitalización Continua, más el psicólogo Jefe de Servicio. Dicho programa es el resultado del trabajo de más de una década del Psicólogo dentro de la Institución, además de otros más que se han puesto en marcha en las diferentes áreas del Hospital, dejando de lado la imagen que con anterioridad se tenía del Psicólogo, de ser sólo un Psicómetra.

El contenido de dicho programa ha desarrollado actividades terapéuticas y de rehabilitación psicosocial, como parte del tratamiento integral de los pacientes, cuyo objetivo fundamental consiste en reinsertarlos socialmente en forma digna y funcional. La Psicología y la Psiquiatría utilizan básicamente tres abordajes para el tratamiento del enfermo mental que son: el *psicoterapéutico*, el *psicofarmacológico*, y el *rehabilitatorio*. Los abordajes psicoterapéuticos y rehabilitatorios respectivamente ayudan al paciente a fortalecer su autoestima, tener mayor autonomía, así como mejorar sus relaciones familiares y sociales, haciendo énfasis especial en la prevención y promoción de la salud mental en los familiares de los pacientes con trastornos mentales severos, con el objetivo de propiciar un ambiente más saludable y rehabilitador para el paciente y que no se desencadenen otras patologías en los miembros de la familia.

Dentro de los **objetivos específicos** del programa se encuentran:

- Brindar atención integral que permita elevar el nivel de la calidad de vida del paciente, propicie su autonomía e inserción social en forma digna y productiva.
- Desarrollar en el paciente conciencia de su propia enfermedad, para lograr un adecuado apego al tratamiento farmacológico, y evitar en lo posible las recaídas que inciden directamente en su deterioro cognitivo.

- Desarrollar habilidades sociales en el paciente que permitan reconocer en sí mismo y en los demás, patrones de conducta que dificulten sus interacciones e implementen patrones positivos.
- Realizar actividades físicas que permitan estimular el metabolismo y minimicen los efectos colaterales del medicamento.
- Proporcionar un ambiente que permita la convivencia grupal.
- Contribuir en la aplicación de Pruebas Psicométricas, a la integración del diagnóstico y planteamiento de estrategias terapéuticas, en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Orientar, concientizar y capacitar a las familias para convivir con su paciente y así afianzar la adherencia al tratamiento, evitar en lo posible las recaídas, la sobreinvolucración y propiciar la independencia para lograr una adecuada reinserción del paciente en su núcleo de origen y a la sociedad.
- Intervención en crisis a través de un consultorio que brinde este apoyo (atención a corto plazo).

Las **Metas** planteadas en el área de Psicología dentro de este programa, son las mismas propuestas por los Servicios de Atención Psiquiátrica (S.A.P.) de la Secretaría de Salud, las cuales son principalmente:

- Brindar a personas con trastornos mentales y del comportamiento, atención con calidad, enfoque de género, comunitario e incluyente, respetando su dignidad y sus derechos humanos.

- Participar en las actividades Psicológicas y de Rehabilitación psicosocial como parte del equipo multidisciplinario (Grupo de reflexión con familiares, Visita de puertas abiertas, Orientación a pacientes, Estimulación Cognoscitiva, Asamblea de Pacientes, Sensibilización y Contención grupal, Estudios Psicológicos, Entrevistas, y Notas a Expediente).
- Fortalecer la referencia en la Red de Atención Psiquiátrica y con otras Instituciones, de acuerdo con a las necesidades de atención de los pacientes
- Consolidar los programas de educación continua que permitan a los clínicos y otros profesionales de la salud que han terminado su formación, actualizarse en los avances científicos.

Dentro de la **Supervisión**, las actividades establecidas dentro del *Programa Anual de Trabajo 2013* (las cuales se describirán a detalle en la siguiente sección) son plasmadas por el Psicólogo de cada sección en una libreta tipo bitácora junto con las observaciones de cada una de las actividades para acceder a cualquier consulta u observación que se requiera por parte de la jefatura.

Mientras que la **Evaluación** se realiza de forma mensual por parte de la Jefatura de Psicología, en cada una de las actividades, para corroborar en tiempo y forma, con el fin de realizar oportunamente la detección de ajustes y corrección, para llevar a acabo la adecuada ejecución de las actividades programadas, y verificar que se estén cumpliendo las metas establecidas con énfasis en la eficacia y calidad en el servicio.

Las principales actividades establecidas en este programa y que son las que se pretende que realice un prestador de Servicio Social de la carrera de Psicología dentro de ésta Institución se muestran a continuación en un cronograma (Figura 1), y se describen detalladamente en el apartado siguiente.

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-10:00	Sensibilización y contención	Asamblea de pacientes	Estudios psicológicos	Estimulación cognitiva	Sensibilización y contención
10:00-11:00	Notas expediente	Notas expediente	Notas expediente	Notas expediente	Notas expediente
11:00-12:00	Estudios psicológicos	Estudios psicológicos	Grupo de reflexión con familiares	Estudios psicológicos	Estudios psicológicos
12:00-13:00	Entrevistas/ Estudios psicológicos	Entrevistas/ Estudios psicológico	Visita de puertas abiertas	Entrevistas/ Estudios psicológicos	Entrevistas/ Estudios psicológicos

Figura 1. Cronograma área de Psicología, Hospitalización Continua, 2013

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

La estancia durante el Servicio Social de la prestadora, fue realizada en el Cuarto piso del Servicio de Hospitalización Continua, sección mujeres, con un horario de 9 am a 13 pm. Dicha sección cuenta con 36 camas, tres consultorios del área de Psiquiatría, dos consultorios del área de Psicología, área de enfermería, área de baños y regaderas, espacio de comedor, y un área libre para algunas de las actividades que se realizan. A continuación se describe cada una de ellas.

- **GRUPO DE REFLEXIÓN CON FAMILIARES**

Este programa surge ante la necesidad de ofrecer otra opción de tratamiento a los familiares que asisten a los diferentes pisos de Hospitalización, aunque también se encuentra implementado en otros servicios del Hospital, teniendo como objetivos principales los siguientes:

- Disminuir los índices de deserción, ya que la experiencia adquirida demuestra que la ausencia de la familia determina en un alto grado, el abandono del tratamiento por parte del paciente identificado.
- Contener o disminuir mediante la experiencia grupal la ansiedad y la decepción que genera el tener dentro de la familia un paciente con enfermedad mental.
- Promover el cambio de actitudes de los familiares frente al paciente a fin de propiciar su mejoría e independencia en lo posible.

Esta actividad se imparte todos los Miércoles de 11am a 12:30pm. Se reúne a los familiares de las pacientes fuera del aula del piso; se toma registro de los asistentes y el tipo de relación que sostiene con la paciente, para tener conocimiento de la red familiar de apoyo que sustenta a cada paciente, y posteriormente toman asiento dentro del aula. Una vez que comienza la sesión, se inicia con un encuadre sobre el tema a tratar ese día y el objetivo del mismo, por ejemplo, la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y la dificultad de la misma en los pacientes; posteriormente se cede la palabra a cada uno de los familiares que desee participar, para que compartan sus experiencias al respecto, pidiéndoles que hagan énfasis en externar sus emociones, necesidades, preocupaciones, temores, o cualquier consecuencia presente como resultado de la convivencia con un paciente con enfermedad mental. Los últimos 20 minutos, se destinan para realizar un cierre respecto al tema tratado y el contenido emocional surgido en el grupo con el mismo, se resuelven dudas que los familiares puedan tener frente a su propia conducta con las pacientes, los retos a enfrentar, la enfermedad misma, del servicio del hospital, entre otras. Y posteriormente se les da indicaciones para la siguiente actividad que se realiza el mismo día (Visita a puertas abiertas).

En este Grupo de Reflexión, los familiares cuentan con un espacio propio donde pueden hablar libremente de sus sentimientos, temores y frustraciones, así como compartir experiencias con otras personas que están pasando por lo mismo, y con la disposición de ayuda psicológica para el recorrido que les espera dada la enfermedad mental de su familiar. De esta forma, con la participación grupal y con la guía del Psicólogo coordinador, se comentan y comparten experiencias, y se busca llegar a conclusiones más claras y definitivas para cada uno de los participantes. Aclarándoles que posteriormente podrán ser canalizados a otros Servicios del Hospital de ser necesario (Consulta Externa, CLIFAM, Hospital Parcial, etc.).

- **VISITA A PUERTAS ABIERTAS**

Este programa se sustenta bajo la importancia que tiene la red familiar de apoyo en el tratamiento y rehabilitación del paciente. Dicha actividad tiene como objetivos:

- Propiciar que los familiares construyan una alianza terapéutica en conjunto con la Institución Psiquiátrica, a fin de beneficiar al paciente y así disminuir la posibilidad de recaídas y cronificación.
- Fortalecer al equipo interdisciplinario, acción necesaria para el abordaje del vínculo Paciente-Familia-Institución.
- Promover una experiencia vivencial entre familiares y pacientes dentro del área de hospitalización.
- Motivar la participación activa del paciente en su propio proceso terapéutico
- Permitir la comunicación directa de los familiares, para lograr una concientización del efecto que su conducta y apoyo, tiene sobre los pacientes.
- Promover en los familiares un cambio de actitud hacia la enfermedad mental y la Institución misma, con el fin de romper con los mitos y fantasías en relación al trato que se le brinda al paciente durante su estancia hospitalaria.

La actividad comienza inmediatamente después del Grupo de Reflexión, tiene una duración de 60 minutos y no existe un límite de familiares por paciente que puedan asistir a la visita. Los familiares son formados fuera de las puertas de la sección, se les da diferentes indicaciones sobre lo que está permitido ingresar con las pacientes y lo que no, sobre permanecer en las sillas del área del comedor por el cuidado higiénico de las mismas pacientes, y el tiempo que tendrán de visita con ellas. Una vez que ingresan, buscan a sus familiares y se

sientan a conversar con ellas. Mientras tanto el personal médico va rotando para hablar con los familiares de cada una de sus pacientes adscritas, explicándoles el tratamiento que lleva a cabo, las posibles mejoras observadas, la conducta presentada por la paciente esa semana, así como la resolución de dudas. El personal de Psicología mientras tanto, se encuentra en el área del comedor resolviendo dudas que los familiares puedan tener sobre su paciente, como su comportamiento, su tratamiento a futuro, asistencia psicológica recomendada, entre otras; además de observar y supervisar la interacción familiar-paciente. Una vez que la visita está por terminar, se hace un registro del número de familiares que ingresaron a la visita de puertas abiertas en la misma hoja del Grupo de Reflexión, la cual posteriormente es entregada a la Jefatura de Psicología, y se les avisa a los familiares que la visita ha terminado.

Esta actividad refleja las implicaciones favorables que tiene promover y mantener el vínculo Paciente-Familia-Institución para la mejora del paciente, y la importancia de mantener a la familia involucrada en todo el proceso de rehabilitación del mismo, sosteniendo una comunicación directa tanto con sus médicos como con sus psicólogos, y colaborando para ofrecerles la mejor calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia.

• ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA

Los avances recientes en el campo de las neurociencias han generado un mayor conocimiento entorno a los trastornos mentales, y sus consecuencias a nivel cognitivo. Este tipo de trastornos, al ser degenerativos, pueden tener afectaciones a nivel de funciones ejecutivas (aquellos mecanismos implicados en la optimización de los procesos cognitivos orientados a resolución de conflictos) como puede ser memoria, atención, planeación, aprendizaje, organización de información, entre otras.

Esta actividad, al ser un procedimiento de rehabilitación busca llevar al paciente a un nivel máximo de funcionamiento, de tal forma que a través de diversas actividades se pretende capacitar al paciente, de acuerdo a sus posibilidades reales, a los niveles más altos de funcionalidad, integrándolo a un proceso de enseñanza-reaprendizaje.

Esta actividad se lleva a cabo todos los Jueves a las 9am y tiene una duración de 60 minutos. Se reúne a las pacientes que desean participar en el área libre del piso, se les pregunta su nombre y su edad a cada una y se registra en una lista de actividades diarias, la cual es entregada cada día a la Jefatura de Psicología al final del mismo, además de que dicho registro nos permite reportar el índice de participación de cada paciente y el comportamiento que tuvo en las actividades, como parte de las Notas de Psicología en su expediente. Posteriormente se inicia con un encuadre de Orientación a la realidad, es decir, se hacen una serie de preguntas a nivel general a manera de trabajar con las pacientes su ubicación en tiempo, espacio y circunstancia.

Posteriormente se explican las instrucciones de la actividad del día y el objetivo de la misma; cuando la actividad está por terminar, se realiza un cierre con las pacientes referente a su desempeño, sentir e importancia de la actividad.

Las actividades que se realizan varían cada semana, y consisten principalmente en: lecturas (revistas, libros, poemas, etc.), donde se les pide a las pacientes que realicen una síntesis, análisis o resolución de preguntas respecto a la lectura (ya fuese de manera escrita o hablada); ejercicios de atención, memoria, planeación y concentración (pueden ser desde juegos de mesa, como rompecabezas, hasta actividades más complejas); y mecánicas (actividades que implican uso de motricidad fina o gruesa, como por ejemplo papiroflexia, manualidades o ejercicios que involucran movimiento de

extremidades). Las actividades de cada semana son planeadas con anticipación al inicio del mes por las dos prestadoras de servicio social en la sección mujeres, y son estructuradas de acuerdo a diferentes libros y manuales investigados para la estimulación de funciones ejecutivas cognitivas (algunos de los cuales se incluyen en la sección de referencias de este trabajo). El material requerido para cada actividad también es proporcionado por las prestadoras, si es que el hospital no lo tiene.

Esta actividad permite no sólo familiarizarse con las pacientes de nuevo ingreso, sino también dar cuenta de las habilidades cognitivas y sociales con las que cuentan las pacientes, así como la mejoría que van presentando, brindándonos así más herramientas diagnósticas, y de abordaje terapéutico y rehabilitatorio con las mismas.

• **SENSIBILIZACIÓN Y CONTENCIÓN GRUPAL**

Los objetivos de esta actividad son el concientizar al paciente acerca de la enfermedad que padece logrando identificar los síntomas de ésta, visualizando así la necesidad de continuar con un tratamiento farmacológico y terapéutico evitando las recaídas, además de identificar emociones y patrones de interacción que obstaculizan su crecimiento y sus relaciones interpersonales y familiares, y a través de la *Técnica de Solución de Problemas* buscar alternativas viables de solución. Dicha técnica consiste en encontrar una solución eficaz a una situación problema, es decir, la puesta en práctica de la solución de problemas + ejecución = afrontamiento de solución de problemas, y tiene como objetivos:

- Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de su vida que constituyen una reacción emocional negativa.

- Identificar la alternativa más eficaz, lo cual involucra operaciones de autocontrol para estimular y perpetuar la alternativa elegida.
- Minimizar el grado en que esta respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.
- Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el enfrentamiento de soluciones problemáticas actuales.
- Entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como un medio de facilitar su competencia social general.

Lo que consiste en cinco procesos interactuantes:

1. Orientación generalizada
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

La actividad se realiza los días Lunes y Viernes a las 9am, con una duración de 60min. Se reúne a las pacientes en el área libre y se les pide que traigan consigo una silla. Se toma registro de la asistencia de las presentes, y se hace el encuadre de Orientación a la realidad. Inmediatamente se inicia con una exposición breve, alrededor de 10 a 15 minutos sobre el trastorno que corresponde a ese día (en cada sesión se habla de un trastorno diferente, dependiendo de los que predominan en las pacientes hospitalizadas durante ese mes), explicando de la manera más sencilla posible y con un lenguaje accesible, la descripción conceptual de la enfermedad, sus causas, síntomas y su desarrollo en el sujeto, y se hace también mención de algún personaje famoso (histórico, artista, músico, político etc.) que padezca dicha enfermedad, para ejemplificar que un trastorno mental no es sinónimo de imposibilidad de

vida ni de realización personal. Posteriormente de dicha exposición se abren unos minutos para resolución de dudas por parte de las pacientes respecto a la información expuesta; después de esto se cede la palabra a aquellas pacientes que quieran compartir su historia y experiencia con su propia enfermedad, pidiéndoles que hagan énfasis en la identificación de sus emociones y en la identificación de conflictos a los que se enfrenta cada día a nivel personal e interpersonal. Una vez que se realiza dicha identificación se explica de manera muy breve a las pacientes en qué consiste la Técnica de Solución de Problemas y los cinco procesos de la misma, posteriormente se ponen en ejercicio a través de diferentes cuestionamientos por parte de la prestadora del servicio, que le permitan a la paciente identificar diferentes alternativas para la solución de dichos conflictos, y que minimicen el impacto emocional negativo que los acompaña; en esta interacción se permite la participación de otras pacientes que pudiesen tener propuestas de alternativas de solución para la paciente que compartía su experiencia. Al finalizar la actividad, se hace un cierre sobre la importancia de la resolución de conflictos con base al conocimiento de su propia enfermedad, sus síntomas, las emociones que conlleva vivir con la misma, sus actitudes y características personales, los conflictos y los retos a los que se enfrentan día con día; haciendo hincapié también en la importancia de poner en práctica dichas soluciones que propusieron en la sesión una vez que regresen a su ambiente cotidiano. De no funcionar éstas, tener entonces las herramientas para repetir el mismo proceso utilizado en la actividad y así encontrar nuevas soluciones por sí mismas.

• ASAMBLEA DE PACIENTES

Con esta actividad se busca establecer un foro en donde las pacientes exponen sus demandas respecto a los problemas en la sección mujeres del piso, principalmente los que tienen que ver con los alimentos, el funcionamiento de las instalaciones, el trato que recibe por parte del equipo multidisciplinario y la relación con sus mismas compañeras, durante esa semana. Tiene como objetivo ofrecer al Hospital una retroalimentación sobre el servicio que brinda a los pacientes, así como posibles soluciones a los problemas expuestos.

La asamblea se realiza los Martes a las 9am y tiene una duración de 60 minutos. Se reúne a las pacientes en el área libre con su silla. Se forma un círculo con las mismas, se toma registro de la asistencia y se realiza el encuadre de Orientación a la Realidad. Posteriormente se explica en qué consiste la Asamblea, el objetivo de la misma y se les indica que deben levantar la mano para cederles la palabra y poder escuchar la opinión de todas. Se inicia preguntando cómo estuvo el servicio de los alimentos y el personal del comedor, posteriormente cómo estuvo el funcionamiento de las instalaciones del piso, es decir, la limpieza, disponibilidad de uniforme, ropas de cama, agua, aditamentos de baño, etc.; después se les cuestiona sobre el trato y atención del personal de enfermería, psicología y psiquiatría; y por último se les pregunta sobre cómo ha sido la interacción entre las compañeras y si ha habido algún problema entre las mismas.

Todo lo que las pacientes informan es anotado mientras lo van exponiendo, para después transcribirse a un informe semanal (ver Anexo No.1) y ser archivado en el consultorio, además de entregar copia en la Jefatura de Piso y en la Jefatura de Psicología, la cual concentra toda la información y realiza otro informe dirigido al Subdirector de Hospitalización cada semana.

Al finalizar la actividad se les recuerda a las pacientes la importancia de cumplir las reglas de la sección, mantener los límites de la misma, así como respetarse entre ellas para mantener una buena interacción y compañerismo que favorezca en su rehabilitación.

• APLICACIÓN, CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS •

A través de la aplicación e interpretación de Pruebas Psicológicas, se obtiene información a fin de conocer la estructura de la personalidad, la capacidad intelectual y el área perceptomotora de la paciente, con la finalidad de complementar el estudio integral de ésta, además de establecer el plan de tratamiento terapéutico.

Estos estudios se realizan dentro del consultorio de Psicología los días Lunes, Martes, Jueves y Viernes, y la duración de los mismos varía de acuerdo a la Prueba Psicológica que se aplica, y a la tolerancia de la paciente frente a la misma. La duración puede ser desde una hora, hasta un máximo de tres horas (con un descanso intermedio de 15 min); y aunque la frecuencia con que se realizan dichos Estudios Psicológicos se relaciona con el número de interconsultas que el médico Psiquiatra solicita al Psicólogo adscrito y a pasantes de psicología prestadoras de servicio social, el número de pacientes en la sección representaba la necesidad de aplicarse e interpretarse prácticamente todos los días (al igual que las Entrevistas Clínicas).

A continuación se enlistan las Pruebas Psicológicas aplicadas durante la prestación del Servicio Social, las cuales serán revisadas de manera más completa en el apartado de Soporte Teórico Metodológico.

- **Test de Laretta Bender:** tiene como objetivo la evaluación de la función gestáltica visomotora y perceptiva, su desarrollo y posibles disfunciones. Se emplea también como un test de personalidad, para detectar factores emocionales y actitudes, así como alteraciones neurológicas.
- **Escala de Inteligencia para Adultos de David Wechsler (WAIS IV):** este test psicométrico evalúa cuatro puntuaciones específicas en el sujeto: Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento, y tiene como objetivo realizar una evaluación completa del perfil cognitivo del sujeto, y determinar su Coeficiente Intelectual Total, así como fortalezas y debilidades del mismo.
- **Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2):** este test tiene como objetivo la identificación del perfil de personalidad del sujeto, así como la detección de rasgos clínicos psicopatológicos en el mismo.
- **Test de la Figura Humana de Karen Machover (DFH):** es un test proyectivo que tiene como objetivo poner en relieve diferentes rasgos de la personalidad del sujeto.

Una vez aplicadas las Pruebas Psicológicas, son calificadas y, los resultados y la interpretación de cada prueba, son reportados dentro de la Evaluación Psicológica, como Nota al Expediente Clínico de cada una de las pacientes, para que pueda ser consultado por el médico Psiquiatra adscrito y contribuyan a confirmar o restablecer un diagnóstico y tratamiento de la paciente en cuestión.

Todo el material físico contenido en los resultados de las Pruebas Psicológicas de cada paciente son archivadas en el consultorio de Psicología para la posibilidad de su consulta futura por el Psicólogo o Psiquiatra, y también para que si una paciente sufre alguna recaída y vuelve a Hospitalización Continua meses después, se pueda hacer una comparación de los resultados de las pruebas realizadas durante su primera estancia, a los resultados en los meses posteriores, y así dar cuenta de si existe una mejoría o un deterioro mayor en la paciente.

• ENTREVISTAS Y NOTAS AL EXPEDIENTE CLÍNICO:

Al igual que las Pruebas Psicológicas, las entrevistas clínicas son parte de la *Evaluación Psicológica* realizada por la prestadora del Servicio Social a las pacientes de la sección. Cabe mencionar que ambas actividades que constituyen dicha Evaluación Psicológica, fueron las que se realizaron en mayor medida durante la prestación del servicio en esta Institución.

La entrevista clínica tiene como objetivo recabar toda la información posible sobre el paciente y su padecimiento, con el objetivo de realizar una evaluación psicológica más completa que permita determinar o confirmar un diagnóstico y un tratamiento posterior. La estructura de la primera entrevista que se realiza a pacientes que ingresan a la sección es la siguiente:)

1. Saludo y presentación de la entrevistadora (establecimiento de rapport)
2. Datos básicos de la paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, estado civil, ocupación, escolaridad, y religión).
3. Evaluación de la orientación en tiempo, espacio y circunstancia de la paciente (si sabe qué día es, dónde se encuentra y por qué).

4. Psicograma (familiares con quienes vive, relación y edades.)
5. Motivo de consulta (por qué y para qué está en dicha Institución)
6. Exploración del cuadro clínico (síntomas: intensidad, características, duración, frecuencia, asociación con acontecimientos o situaciones)
7. Histórica del cuadro clínico (inicio de los síntomas, evolución de los mismos, búsqueda de acontecimientos que provocaron el cuadro clínico actual)
8. Historia general del paciente o contexto de vida (exploración general de las características de las etapas más significativas de su vida, como infancia, adolescencia, juventud, así como las características de las relaciones afectivas principales establecidas a lo largo de la misma (padres, hermanos, parejas, etc.)).
9. Antecedentes familiares breves.
10. Proyección a futuro (planes a corto o largo plazo)
11. Explicación de conclusiones al paciente (de no saber qué hacer en dicha Institución, se explica al paciente la razón de su hospitalización y el objetivo de la misma, así como algunos posibles factores de su padecimiento, el cual le será confirmado y explicado después de la aplicación de pruebas psicológicas, y por último la importancia que tendrá para su rehabilitación la adherencia al tratamiento farmacológico, así como las diferentes actividades organizadas por el área de Psicología).

Si la entrevista con la paciente es subsecuente, se omiten los primeros pasos de información básica y se centra la misma a partir de la Exploración del cuadro clínico, dependiendo, por su puesto, de cada paciente y la información que pudo haber aportado en la entrevista previa. También se hace una exploración de los cambios sintomáticos, cognitivos y conductuales que ha tenido la paciente desde su entrevista inicial hasta lo largo de su hospitalización.

En cada entrevista se hace un examen mental de la paciente, el cual es una recolección de datos que evalúan el estado mental del mismo, es decir, las manifestaciones afectivas, cognitivas y el comportamiento general de las principales funciones mentales; se identifican y evalúan el porte y actitud del sujeto, constitución física, aliñamiento, atención, orientación, estado de conciencia, afectividad, ánimo, pensamiento, memoria, lenguaje, discurso, conciencia de enfermedad y juicio.

Se realiza al menos una entrevista diaria con las pacientes, ya sea entrevista de primer ingreso o subsecuente, y la duración de la misma depende tanto de la paciente como de las actividades posteriores que pudiese tener, pero en promedio era de una a dos horas. Posteriormente se incorpora en forma de Nota al expediente de la paciente un resumen de la misma con la información principal obtenida, el examen mental y las observaciones relativas a la evolución clínica de las actividades que realiza la paciente con el objetivo de obtener información significativa que colabore a un diagnóstico y/o tratamiento. Si la paciente se niega a realizar dicha entrevista, se le pregunta la razón y se reporta la misma de igual forma en las Notas al expediente.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El presente Informe Profesional de Servicio Social, tiene como objetivo general realizar un análisis sistemático y reflexivo de las características de la población atendida a lo largo del mismo, así como del proceso de evaluación psicológica y las propiedades de éste que permiten determinar un diagnóstico en el paciente y posteriormente establecer un tratamiento.

Se describen tres casos clínicos que tienen como objetivo específico ejemplificar el trabajo de evaluación psicológica realizado por la prestadora del Servicio Social con el resto de las pacientes.

Por último éste informe tiene como objetivo principal destacar las habilidades, conocimientos y competencias profesionales adquiridas durante el ejercicio del Servicio Social que serán la base principal para el desarrollo profesional de la prestadora del mismo.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son una prioridad de salud pública en nuestro país ya que representan una alta prevalencia y afectan a toda la población sin distinción de edad, género o nivel socioeconómico. Los trastornos mentales no tratados son una causante importante de discapacidad y de deterioro en la calidad de vida, además del alto impacto negativo que tienen sobre la

economía de quien lo padece, de su familia y de la sociedad en su conjunto. (Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica, 2013).

La salud mental está determinada por diferentes factores tanto biológicos, psicológicos y sociales, y las diferentes condiciones actuales en nuestro país como las dificultades económicas, la ola de violencia, la desigualdad social, y el estrés continuo al que nos encontramos sujetos, son un precedente importante en el desarrollo potencial de las mismas.

Durante los últimos años ha tenido lugar un avance importante en la concepción de la enfermedad mental y de los enfermos mentales en nuestro país; sin embargo, aún son significativos el desconocimiento y la mala información (Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica, 2013), es decir, actualmente existen demasiados mitos y estigmas sociales en México referentes a las enfermedades mentales, lo cual produce una fuerte discriminación y rechazo en quien la padece y en su familia. Dichos estigmas sociales no sólo representan un claro desconocimiento de las mismas, sino una falta de concientización respecto a la importancia de acercarse a los servicios de salud para buscar ayuda profesional en el diagnóstico oportuno y tratamiento de las enfermedades mentales.

De acuerdo al Programa de Acción Específica de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud (2013-2018), se calcula que en nuestro país menos del 10% de la población que tiene un trastorno mental recibe un tratamiento adecuado, y que en promedio los pacientes esperan entre cuatro y 23 años para recibir atención especializada una vez que inicia la enfermedad. En este contexto es indispensable entonces crear una cultura en torno a la enfermedad mental, que combata la discriminación y estigmatización social y fortalezca el conocimiento informativo de la misma. Además de promover diferentes políticas, servicios e instituciones que faciliten y optimicen el acceso a la

atención psiquiátrica y psicológica, así como al tratamientos de las mismas, y que dichos servicios estén en concordancia con las demandas y necesidades reales actuales de la población mexicana.

2. PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología, etimológicamente estudio de las dolencias del alma, puede definirse como una ciencia que toma su objeto de la psiquiatría y su espíritu de la psicología. En las fronteras de la medicina, lugar de la psiquiatría y la filosofía, y asiento de la psicología, la psicopatología asume la misión de elaborar la observación psiquiátrica en teoría del conocimiento del hecho psiquiátrico (1977 Porot en Vallejo 2011), es decir, la psicopatología es la fundamentación científica no sólo de la psiquiatría, sino de la psicología misma, para la cual ésta última precisa delimitar conceptos generales con la más extensa validez posible en Occidente en del campo de la patología psíquica.

El centro de interés de la psicopatología no se limita únicamente al síntoma, aunque éste es objeto esencial de su estudio, sino a una doctrina íntegra y a un conocimiento procedente de la relación dialéctica del propio sujeto y su constitución, es decir, su personalidad, estructura familiar, contexto social, conducta patológica, entre otras. Desde este amplio rango de interacción, cuyas implicaciones no sólo permanecen en los límites de lo orgánico-biológico sino también en lo psíquico, la psicopatología extrae conclusiones válidas para estructurarse como ciencia. Establece reglas y conceptos generales, partiendo de la unidad que es el ser humano y descomponiéndolo en funciones psíquicas aisladas (memoria, percepción, conciencia) con el fin de analizar adecuadamente las leyes que rigen a cada una de ellas, y ayudándose de otras disciplinas para su desarrollo. (Vallejo, 2011).

Berrios (2008) menciona que existen diferencias nacionales en la definición de psicopatología, y por ende, tradicionalmente en Occidente, se subdivide en tres categorías: 1) la *psicopatología descriptiva*, la cual hace referencia a la forma del síntoma (por ejemplo una alucinación), al lenguaje para designarlos, y consta de un vocabulario, una sintaxis, conjeturas sobre la naturaleza de la conducta y algunas reglas de aplicación; 2) la *psicopatología experimental* o de enfoque numérico, la cual intenta captar y medir el fenómeno con medios objetivos, por ejemplo, comprobar una experiencia alucinatoria mediante el análisis por escaneo de los movimientos oculares del sujeto o a través de la tomografía por emisión de positrones; y 3) la *psicopatología psicodinámica*, la cual se centra en la semántica del contenido, y para lograr esto se necesita un mecanismo de análisis del tipo creado por Freud.

Entonces un profesional clínico inmerso en el campo de la psicopatología, sea psiquiatra o psicólogo, debería ser capaz de combinar estas tres líneas de conocimiento mencionadas que lo llevarían a una construcción mucho más completa del conocimiento clínico, así como a un diagnóstico y un tratamiento efectivo implicados en la psicopatología.

2.1 BREVE HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Desde el hombre primitivo han existido diversos intentos de explicar los fenómenos del mundo, quiénes somos y de dónde venimos. De igual manera se han realizado intentos por explicar aquellos comportamientos diferentes al resto de los hombres, y desde este periodo en la historia el hombre primitivo ha atribuido un origen sobrenatural a lo que hoy determinamos enfermedad mental. Se han encontrado restos de cráneos trepanados encontrados en Perú, a través de cuyos agujeros los espíritus malignos que intervenían en el sujeto tenían la posibilidad de escapar, esto demuestra un primer intento de enfoque terapéutico (Vallejo 2011).

La concepción de las enfermedades mentales no apareció sino hasta la Antigua Grecia con la figura de Hipócrates (460-377 a.C.), el considerado "padre de la medicina", quien fue el primero en señalar el origen natural de dichos trastornos. En los escritos hipocráticos, la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), elabora entonces una clasificación basada en cuatro temperamentos básicos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático) que se pensaba indicaban la orientación emocional predominante a través de la interacción de los cuatro humores. Así mismo, clasifica los trastornos mentales en tres categorías: manía, melancolía y frenetis (Vallejo, 2011).

Durante la civilización romana, las directrices son similares a las griegas. Asclepiades de Bitinia (124 a.C.) enfatizó el papel de las influencias ambientales, oponiéndose a los tratamientos inhumanos y encierros carcelarios de los enfermos (Vallejo, 2011), y en cuya obra se alude a las diferencias entre las alucinaciones y los delirios, también valoraba los trastornos emocionales como un factor importante de alteración mental. Durante este periodo son reconocidos diversos autores que brindaron diferentes aportaciones al campo de la enfermedad mental como Sorano, quien destaca y es reconocido por los principios humanitarios que aplicó a estos pacientes (Vallejo, 2011); Galeno, quien hizo una labor de síntesis de los conocimientos existentes, dividiendo las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos (como lesiones) y mentales (como temores) (Vallejo, 2011).

Durante el Siglo V al XV, en la Edad media, existe un estancamiento prolongado en cuanto a la investigación y tratamiento de la enfermedad mental, convirtiéndose más bien en un periodo dramático de regresión y aislamiento para el enfermo, con procedimientos inhumanos realizados principalmente por monjes o funcionarios de la iglesia, en el intento de la curación del mismo como los exorcismos o métodos de tortura, atribuyendo la

enfermedad mental principalmente a relaciones satánicas por parte del enfermo, llegando hasta la cacería y a la ejecución de los mismos. Los postulados científicos y humanitarios establecidos tanto en Grecia como en Roma, sólo persisten en Arabia, donde se funda el primer hospital mental en Bagdad en el año 792 (Vallejo, 2011).

A lo largo del Renacimiento y la Ilustración (a partir del Siglo XV) la línea de estudios de los fenómenos psicopatológicos muestra una evolución más continua gracias a los avances principalmente en medicina, como por ejemplo la publicación de textos de anatomía y fisiología. Diferentes autores contribuyeron en el medio de la psicopatología, por ejemplo José Luis Vives (1492-1540) quien correlaciona dichos estudios de anatomía y fisiología con la enfermedad mental; y Johann Weyer (1515-1588) considerado padre de la psiquiatría moderna, cuya contribución al campo de la clínica psiquiátrica y la psicoterapia (relación terapéutica, comprensión y observación) fue notable (Vallejo 2011) y al exigir también un mejor tratamiento para los enfermos. Cabe destacar que en este periodo comienza el establecimiento de los primeros hospitales mentales en Viena, Paris, Inglaterra, Estados Unidos, entre otras ciudades, cuyas condiciones eran un tanto desastrosas.

A partir del Siglo XVII se considera un periodo de transición el cual comenzaría su apogeo hasta finales del Siglo XVIII y principios del Siglo XIX, con diferentes autores que contribuyeron a la psicopatología. Inician las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales como por ejemplo la del médico escocés William Cullen publicada en 1772 quien reagrupa los trastornos mentales a excepción de la confusión mental (delirium) dentro de las afecciones febriles (Raheb, 2008). Sin embargo la figura más reconocida, es Philippe Pinel (1745-1826), médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades, conocido por haber liberado a los enfermos de las cadenas en 1798 y haber convertido dichos sanatorios en lugares dignos donde los

aspectos materiales y morales fueran tomados en cuenta cuidadosamente. Estableció también una clasificación basada en la de Cullen de los trastornos psíquicos diferenciándolos entre melancolía (alteración en la función intelectual), manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él), demencia (alteración de los procesos del pensamiento) e idiocia (deterioro de las facultades intelectuales y afectos), (Vallejo, 2011). Sin embargo la ausencia de una verdadera psicopatología descriptiva es quizás la característica más notable antes del Siglo XIX, ya que por muy ricas que fuesen en detalles literarios, las tempranas referencias a la insania se hicieron en términos "morales", con diagnósticos del tipo "todo o nada" (Berrios, 2008)

La creación de una psicopatología descriptiva necesitó alrededor de 100 años para completarse, comenzando alrededor de la segunda década del Siglo XIX siendo reformada durante el Siglo XX. Estas instituciones establecidas anteriormente, pronto acumularon pacientes dentro de un espacio físico confinado y crearon toda clase de nuevas necesidades médicas, sociales y científicas (Berrios, 2008); es decir, es durante este periodo donde se desarrollan esfuerzos para obtener descripciones estables basadas en observaciones longitudinales de diferentes pacientes institucionalizados. Berrios (2008) haciendo un análisis historiográfico de la psicopatología descriptiva a partir del Siglo XIX, propone una serie de factores que fueron los que permitieron el crecimiento, desarrollo y establecimiento de esta psicopatología descriptiva que conocemos el día de hoy: a) las necesidades descriptivas de los jefes de los nuevos asilos y los nuevos ingresos de pacientes; b) la disponibilidad de teorías psicológicas que pudieron sostener descripciones estables; c) las cambiantes nociones de síntomas y signos en medicina; d) la introducción de la sintomatología subjetiva; e) el uso del tiempo como dimensión contextual; y f) el desarrollo de la cuantificación.

Un ejemplo de diferentes autores que realizaron dichos esfuerzos se refleja en el trabajo de Kraepelin (1856-1926) psiquiatra alemán, publicado en 1883 y titulado "Tratado de Psiquiatría", en donde construyó un sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraban un enfoque descriptivo y longitudinal. Formuló su clasificación en orden a la agrupación de síntomas que regularmente aparecen juntos, lo que le hizo suponer que se trataban de enfermedades cuya causa (somática), curso y pronóstico serían diferentes en cada una de estas entidades (Vallejo, 2011).

Durante el Siglo XX, el desarrollo de la psicopatología y las aportaciones al campo son muy variadas, aunque son continuaciones de los grandes establecimientos conceptuales de la mitad del siglo anterior. Uno de los autores más significativos de este Siglo fue Freud (1856-1939) con sus aportaciones a la psicosis y principalmente a las neurosis a través del tratamiento de pacientes con dichas afecciones, elaborando la doctrina psicoanalítica que aún continúa vigente en distintas formas. Con la aportación de Freud se producen algunos hechos fundamentales en la psicopatología que Vallejo (2011) destaca: 1) el centro de interés se desplaza de la psiquiatría pesada (psicosis) a la psiquiatría ligera (neurosis), deja de circunscribirse a la locura y se extiende a otros campos cada vez más separados de ella; 2) posibilita una comprensión más completa del fenómeno psíquico, trasladando la psicología de las funciones en una psicología del hombre; 3) abre nuevos enfoques terapéuticos a través de técnicas que se irían desarrollando en las décadas siguientes; y 4) la función clínica puede ser referida también a términos de fenómenos no siempre observables.

Destacan otras figuras importantes que colaboraron a enriquecer un panorama cada vez más completo de la psicopatología y su función, como Pavlov (1849-1936) y Watson (1878-1958), quienes con sus trabajos de neurosis experimental en animales, abren camino al desarrollo de la psiquiatría

experimental; Bleuler (1857-1939) (estudioso de la esquizofrenia) y Jaspers (1883-1969) quienes iniciaron una línea de enfoque clínico explicativo (correlación de fenómenos mentales) y comprensivo (entendimiento psicológico de la conducta en términos históricos del sujeto); entre otros.

El Siglo XX, se destaca entonces por el desarrollo de una clínica psiquiátrica dentro del campo de la psicopatología con orientaciones en gran parte comprensivas de la totalidad de vida del enfermo mental, por asumir al mismo como un sujeto singular y contemplar una valoración no sólo psíquica sino social del mismo, enfoque que continúa en nuestros días.

Si bien la psicopatología es una ciencia en sí misma que durante este breve recorrido mencionado a lo largo de la historia (resaltando aportaciones y figuras significativas en el desarrollo de la misma) realiza diferentes esfuerzos en analizar y sistematiza las motivaciones, características y particularidades específicas de las enfermedades de carácter mental, actualmente existen diversas disciplinas (neurología, psicología, radiología, psiquiatría, rehabilitación, etc.) que colaboran en su aplicación clínica. La psicología siendo una de ellas, destaca al sostener un papel fundamental gracias al enorme desarrollo que actualmente posee y las aportaciones que ha podido realizar al campo de la psicopatología, centrando su estudio en la singularidad del sujeto mismo (enfermo), a veces invisible social; resaltando también su preocupación y esfuerzos en mejorar la calidad de vida del mismo, estableciendo diferentes estrategias de intervención para potencializar las características personales de cada paciente, desarrollar sus habilidades sociales, favorecer sus relaciones interpersonales, y propiciar así su independencia y autonomía; reconociendo también que éste sólo es accesible en un enfoque holístico para su diagnóstico, eje terapéutico de tratamiento y meta final de rehabilitación.

3. ENFERMEDADES Y TRASTORNOS MENTALES

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que establece la Organización Mundial de la Salud “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2001). Está relacionada entonces con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Sin embargo ¿qué puede considerarse o establecerse como enfermedad mental y/o como trastorno mental?

En el lenguaje cotidiano, el término “enfermedad mental” suele ser utilizado de manera un tanto imprecisa y estigmatizante, haciendo referencia al sujeto “loco” o “anormal”; sin embargo en las esferas clínicas se intenta determinar una definición de enfermedad mental basada no sólo en conocimientos teóricos sino en implicaciones éticas (Raheb, 2008). Muchos autores hacen referencia a lo peligroso que es determinar o definir una enfermedad mental en términos únicamente de conducta social desviada o anormal, y las implicaciones que podría tener no sólo sobre el sujeto diagnosticado, sino en la propia forma en que está constituida una sociedad. Para abordar entonces el concepto de enfermedad mental y poder interpretarlo de manera más completa, primero habrá de abordarse el concepto de normalidad.

3.1 NORMALIDAD

El término normalidad abarca diferentes esferas conceptuales y normatividades de acuerdo al enfoque desde el cual se desee aproximarse, así que para los fines de la enfermedad mental se revisarán los conceptos de normalidad como *salud*, normalidad *estadística*, normalidad como *utopía* y normalidad *subjetiva*.

La normalidad como *salud* parte del criterio médico general en el cual se diferencia claramente entre enfermedad y salud, lo cual supone estrictamente la ausencia de síntomas en el sujeto (Vallejo, 2011) esta premisa puede parecer un tanto pragmática al centrarse en hechos fundamentalmente biológicos, y algunas veces psicológicos, sin embargo rara vez se piensan en los aspectos sociales que rodean al sujeto y contribuyen a su estado integral.

La normalidad *estadística* hace referencia a una distribución de probabilidades continuas que aparecen con más frecuencia dentro de una población determinada para establecer un punto de normalidad a través de parámetros estadísticos (campana de Gauss). Permite modelar numerosos fenómenos tanto naturales, psicológicos y sociales en términos de estadística, aunque no hace ninguna descripción de los mismos.

La normalidad como *utopía* por otro lado, parte del concepto psicológico dinámico, el cual supone un equilibrio armónico de los diferentes aparatos psíquicos (ello - yo - superyó), e implica la capacidad de manejar adecuadamente los diferentes procesos psíquicos inconscientes (Vallejo, 2011), es decir, supone una normalidad donde el sujeto desarrolle la capacidad de poseer un perfecto equilibrio intrapsíquico y se desenvuelva óptimamente en el manejo del mismo, pero supone el peligro de asumir un sujeto utópico saludable donde habría de cuestionarse si en la ausencia de conflictos psíquicos, seguiría siendo un sujeto en sí mismo. Este concepto aborda la dificultad de llegar a fundamentar objetivamente el mundo psíquico inconsciente, pero supone un punto de vista fructífero para enriquecer el análisis clínico y los retos a los que se enfrenta en la salud mental, así como para los límites que se establecen entre la patología y la normalidad.

Por último la normalidad *subjetiva* esta relacionada en cierta forma con la normalidad como salud, implica una valoración del propio individuo respecto a

su estado de salud, desconectándose de la opinión que los otros, incluyendo el mismo médico, puedan tener. (Vallejo, 2011) Este concepto de normalidad si bien puede ser amenazado por subjetivismos al caer en la relatividad de lo que implica para el sujeto asumirse como enfermo, puede también colaborar en su recuperación especialmente en ciertas enfermedades, como depresión por ejemplo, para ayudarse a sí mismo a superar la afección.

Regresando entonces al concepto de **enfermedad mental**, los límites se difuminan un poco para su determinación, a diferencia de otras enfermedades médicas, al abordar los comportamientos anormales del sujeto. La pregunta acerca de cuándo una conducta anómala es una enfermedad conlleva una carga notable de inquietud filosófica (Vallejo, 2011), es decir, la consideración científica de lo que implica tanto un trastorno psíquico o una enfermedad mental varía con el tiempo y el contexto social histórico imperante, de forma que comportamientos antes valorados como patológicos, por ejemplo la homosexualidad, hoy en día no son considerados enfermedades mentales. Y, al observar diferentes conceptos de lo que implican algunos de los distintos términos de normalidad en una sociedad, damos cuenta de lo complicado que es establecer conceptualmente la definición de enfermedad o trastorno mental.

Existen muchas definiciones tanto de enfermedad mental como de trastorno mental, aunque ninguna de las cuales es precisa y completa. En psiquiatría, por ejemplo, las anomalías de las funciones psicológicas (psicopatología) son consideradas como el fundamento de la enfermedad mental. Frente a la dificultad de definir la enfermedad mental, los trabajos más recientes se orientan a determinarla como la incapacidad causada por una perturbación de las funciones (2001 Hope en Raheb, 2008). Otra definición de enfermedad mental se refiere a aquella que representa una ruptura biográfica, genera experiencias subjetivas desagradables, restringe la libertad personal y enriquecimiento existencial, se presenta como un conjunto de organizado y

constante de síntomas que permite al clínico reconocerlos en un diagnóstico, y tiene un curso y pronóstico predecible. (Vallejo, 2011)

Mientras que cuando hablamos de enfermedad mental y de trastorno mental, los autores del DSM-5 (Guía para el diagnóstico clínico) conjuntan ambas definiciones en una sola, y es probablemente una de las más utilizadas dentro de la esfera clínica de diagnóstico y tratamiento en América y Europa Occidental, la cual se refiere a un síndrome con relevancia clínica, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral (Morrison, 2014). Esta definición es la que dichos autores utilizan para ayudarse en la decisión de incluir o no un trastorno dentro este manual.

Es importante señalar también algunos puntos adicionales establecidos en el DSM-5 sobre los criterios para los trastornos mentales que deben ser enfatizados, los cuales colaboran en el entendimiento de la conceptualización de enfermedad y trastorno mental. Algunos propuestos por Morrison (2014) en el DSM-5 se citan a continuación:

1. "Los trastornos mentales describen procesos, no personas. Se explica este punto debido a los temores de algunos clínicos de que al utilizar esos criterios de alguna manera están "etiquetando a la gente". Los pacientes con el mismo diagnóstico pueden ser diferentes entre sí en muchos aspectos importantes, como síntomas, personalidad y otros diagnósticos que pudieran tener, y en muchos aspectos distintivos de sus vidas personales que no tienen nada que ver con su condición emocional o conductual".
2. "En cierto grado, algo de lo anormal, y por supuesto mucho más lo que no lo es, es determinado por la cultura de cada individuo. Cada vez más aprendemos a tomar en consideración la cultura al definir los trastornos y evaluar a los pacientes".

3. "No debe asumirse que existen límites definidos entre los trastornos, o entre cualquier trastorno y la denominada "normalidad" ya que pueden ubicarse en algún punto del continuo".
4. "La diferencia esencial entre una afección física como neumonía o diabetes y un trastorno mental como la esquizofrenia y el trastorno bipolar I es que conocemos las causas de la neumonía o diabetes. Sin embargo, cualquiera de estos trastornos mentales podría tener una base física; quizá aún no la hemos descubierto".

Es importante destacar que algunos autores, como Vallejo (2011); psiquiatra español, hacen una clara distinción entre enfermedades mentales y trastornos mentales (psíquicos), en donde en la primera se constata una base genética, inexistente en los trastornos psíquicos, es decir, sólo se detectan algunas anomalías biológicas en las enfermedades mentales. En esta última se observa una coherencia y estabilidad clínica y diagnóstica, mientras que en los trastornos se producen fluctuaciones sintomáticas y los cuadros son menos estables; en la enfermedad mental la influencia del medio puede modular ligeramente el comportamiento del enfermo pero sin modificar la clínica y evolución de la enfermedad, mientras que los trastornos mentales son reactivos a las incidencias externas del medio y sus relaciones, y pueden llegar a difuminar o exacerbar el cuadro clínico y el pronóstico del mismo; y por último, en la enfermedad mental la respuesta a tratamientos biológicos o farmacológicos es sensiblemente más positiva que otros abordajes, mientras que en los trastornos mentales ocurre lo contrario, existe una pobre respuesta a tratamientos biológicos y una alta respuesta positiva a tratamientos psicoterapéuticos.

En la actualidad aún existen diferentes debates sobre lo que es una enfermedad mental y/o lo que es un trastorno mental, cómo se determinan y

hasta que punto alguna característica anormal o diferente en el sujeto (como por ejemplo un Coeficiente Intelectual elevado por encima de la norma) debe ser considerado una enfermedad. El establecimiento de los límites es un tanto complicado e incluso raya en la periferia de lo "moralmente" correcto ya que las diferencias sociales o los aspectos normativos no comunes no son necesariamente sinónimos de "locura" o enfermedad mental, además de que no se puede dejar de lado la imposibilidad que tienen estas alteraciones mentales de determinarse de manera uniforme o universal, por la importancia que tiene la singularidad (subjetividad) y creencias culturales.

Sin embargo, como se observó en la historia de la psicopatología, tanto la psiquiatría como la psicología han hecho diferentes esfuerzos conjuntos para intentar identificar ciertos criterios de clasificación diagnóstica en la determinación tanto de las enfermedades mentales como de los trastornos mentales dentro de nuestra cultura y sociedad occidental moderna, incorporando diferentes perspectivas filosóficas, sociales, psicológicas, médicas, farmacológicas, entre otras, y dando como resultado una conceptualización que permita la descripción más integral de lo que implica una enfermedad mental, su diagnóstico y tratamiento, así como la posibilidad de elevar la calidad de vida del paciente. De acuerdo a dicha integración de las patologías mentales, destacan tres clasificaciones principales, las cuales serán la base teórica de la población que fue atendida en la prestación del Servicio Social y se describen en el apartado siguiente.

4. CLASIFICACIÓN Y ASPECTOS GENERALES DE LAS PSICOPATOLOGÍAS

Una clasificación es una forma de intentar sistematizar el conocimiento que existe sobre un área determinada. Mediante la clasificación, se crean, defienden y confirman los límites de los conceptos, es la aclaración de una posición ideológica, de un nivel aceptado de la teoría y el conocimiento (Vallejo, 2011).

La clasificación es necesaria en el ámbito de la psicopatología para distintos objetivos, algunos de los cuales destacan Caballo, Salazar y Carrobles (2011) como facilitar la comunicación entre los profesionales del área; sustentar una base para obtener información y acceder al conocimiento establecido, aportar información descriptiva a los conceptos de su estudio, realizar predicciones en cuanto al curso de las enfermedades, y formular teorías sustentables para la formación de conceptos. Sin embargo, cabe destacar un punto de partida importante para comprender mejor la naturaleza de la clasificación y el diagnóstico en psicopatología el cual es reconocer que las etiquetas diagnósticas no son realidades en "sí mismas" (1990 Vázquez en Caballo, Salazar, Carrobles 2011) es decir, son construcciones teóricas que intentan en un momento determinado de la historia, determinar un orden en estos fenómenos mentales a través de análisis sistemáticos de las mismas.

En la actualidad predominan dos sistemas diagnósticos esenciales: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) promovido por la American Psychiatric Association; las cuales clasifican los trastornos mentales en grandes clases diagnósticas, y aunque tienen algunas diferencias en las mismas, comparten bastantes características similares.

Aunque en la actualidad se encuentra publicada la última versión del DSM (5), con los propósitos de este trabajo se exponen a continuación los criterios diagnósticos tanto del CIE-10 (2003) como del el DSM-IV-TR (2002) ya que ambos manuales fueron los utilizados durante el ejercicio diagnóstico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. De acuerdo a éstos y a Vallejo (2011), dejando de lado las toxicomanías y los trastornos psíquicos de causa orgánica conocidos, las patologías mentales se pueden clasificar en tres agrupaciones principales, cada una incluye la descripción de un subtipo de trastorno trabajado en las pacientes (casos a revisar en los resultados de este trabajo) del Hospital Psiquiátrico durante la prestación del S.S.

4.1 LAS PSICOSIS

Son aquellas donde el sujeto pierde el contacto con la realidad y se instala en criterios cualitativos propios en la constitución de la misma. Incluye trastornos en los que la característica principal que los define es la presencia de síntomas psicóticos, es decir, una alteración clara del juicio crítico de la realidad (Vallejo, 2011) el cual suele evidenciarse por la presencia de delirios, alucinaciones o conducta desorganizada. Además de caracterizarse por alteraciones permanentes y profundas del pensamiento (en su forma, contenido y tema), también afectan de forma variable la esfera del estado de ánimo, la percepción, y en general las funciones cognitivas y del comportamiento (Rodríguez, Mesa, 2011).

Los principales trastornos incluidos en este grupo son: *esquizofrenia*, *trastorno esquizofreniforme*, *trastorno esquizoafectivo*, *trastorno delirante*, *trastorno psicótico breve*, *trastorno psicótico compartido* y *trastorno psicótico debido a enfermedad médica o inducido por sustancias*. A continuación se describe el tipo de trastorno a trabajar en el caso.

○ **ESQUIZOFRENIA (TIPO PARANOIDE)**

El término esquizofrenia hace referencia a un trastorno del cerebro caracterizado por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones) negativos, cognitivos y afectivos. Su curso suele ser crónico y variable causando gran pérdida de calidad de vida del enfermo y sus familiares, siendo una de las diez primeras causas de discapacidad por enfermedad de acuerdo a la OMS (2001). Se asocia una mayor incidencia en zonas urbanas, bajo nivel socioeconómico e inmigración; el inicio del trastorno suele situarse entre los 15 y 30 años, observándose también mayor precocidad en la aparición en hombres que en mujeres (Vallejo, 2011).

Diferentes estudios relacionan su **etiología** con componentes genéticos, ya que existe un claro factor de heredabilidad en la esquizofrenia; así como diferentes estudios que sostienen la hipótesis de un desequilibrio neuroquímico en el cerebro (dopaminérgico) en la zona subcortical que sería responsable de los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad. A pesar de que la investigación sobre la esquizofrenia ha sido muy amplia, aún no conocemos bien su causa; tampoco disponemos, a pesar de los avances médicos, de un tratamiento eficaz para todos los pacientes ni de adecuadas estrategias para su prevención (Caballo, Salazar, Carrobles 2011).

En cuanto a las **manifestaciones clínicas** de la esquizofrenia en la actualidad se tiende a hablar de tres categorías o dimensiones:

1. **Síntomas positivos:** son aquellos que se expresan como una exageración de las funciones normales. Resultan más alarmantes o evidentes que los negativos, aunque muestran mejor respuesta al tratamiento farmacológico y mejor pronóstico (Caballo, Salazar, Carrobles 2011). Los principales síntomas positivos de la esquizofrenia son:

- *Ideas delirantes*: son creencias fijas y erróneas sobre la realidad, sostenidas con convicción (certeza), no influenciadas por los argumentos de los demás (irrefutables), y en el caso de juicios de valor, claramente extremos (Rodríguez, Mesa, 2011). Y no pueden entenderse dentro del contexto del grupo cultural o religioso del individuo.
- *Alucinaciones*: son experiencias sensoriales que se producen en ausencia de cualquier estímulo externo. Pueden haber alucinaciones de diferentes modalidades, tales como auditivas (voces, ruidos, sonidos), visuales (colores, formas, personas); olfativas (olores desagradables principalmente), y corporales (sensación de hormigueo o quemaduras, sensación de cambio en tamaño y forma de partes del cuerpo). Éstas pueden motivar la conducta de las personas que la padecen o absorber toda su atención (Caballo, Salazar, Carrobbles 2011).
- *Síntomas motores*: Pueden ser producto de la enfermedad aunque también algunos pueden ser efecto secundario de la medicación. Existen muchos síntomas motores, los principales tienden a ser los estados estuporosos (paciente permanece sentado, sin hablar y aislado del resto), catalepsia (paciente permanece en posturas inmóviles, poco habituales por largos periodos de tiempo), manierismos (exageración de movimientos intencionados), ecopraxia (paciente repite movimientos que acaba de realizar otra persona), y el negativismo (actitud de oposición hacia cualquier movimiento que se le ordene). En este grupo de síntomas también pueden incluirse cambios en el vestido o apariencia, conducta sexual y social, conducta agresiva

o agitada, y conducta repetitiva (2008 Cañamares en Caballo, Salazar, Carrobles 2011).

2. *Síntomas negativos*: son aquellos que reflejan una disminución o pérdida en las funciones normales. Están relacionadas con las funciones que se van deteriorando en el paciente; tienen una peor respuesta al tratamiento farmacológico y un peor pronóstico, además de que no son en absolutos específicos de la esquizofrenia. (Caballo, Salazar, Carrobles 2011). Los principales son:

- *Alogia*: alteración del pensamiento que se manifiesta en ciertos trastornos del lenguaje, como falta de fluidez o producción insuficiente del mismo, discurso monosilábico, pobreza del contenido, o bloqueo del lenguaje.
- *Abulia*: falta de comportamiento dirigido hacia una meta. Consiste en la falta de motivación y carencia de energía para iniciar, mantener o terminar una conducta, y se puede manifestar por una inactividad física casi completa (como en actividades cotidianas del hogar, trabajo o escuela o el abandono de las mismas).
- *Anhedonia*: disminución de la capacidad para experimentar placer por medio de las actividades que se realizan, y una pérdida de interés por cosas que antes sí lo tenían.
- *Aplanamiento afectivo o embotamiento*: ausencia o disminución de la reacción emocional frente a estímulos, así como un déficit en la capacidad de expresar emociones.

3. *Síntomas de desorganización*: anteriormente se incluían dentro de los síntomas positivos sin embargo algunas investigaciones recientes concluyeron que representan una dimensión diferente en cuanto al factor de trastornos del pensamiento (Caballo, Salazar, Carrobles, 2011). Los principales son:

- *Lenguaje desorganizado*: incluye alteraciones como fuga de ideas (paciente pasa de una frase a otra sin enlazar contenido), tangencialidad (paciente responde preguntas de manera indirecta y con significado irrelevante), incoherencia (lenguaje incomprensible al alterar la construcción de las frases), ilogicidad (inferencias ilógicas o falsas), neologismos (paciente crea una palabra nueva y su significado), taquilalia (habla demasiado deprisa y con muchas palabras), y asíndesis (paciente detiene su discurso y cambia el mismo en función de un estímulo externo).
- *Comportamiento desorganizado*: suele ser característica de la esquizofrenia aunque no es específica de la misma; a veces puede ser consecuencia de las alucinaciones. Estos comportamientos incluyen conductas extrañas y excéntricas, con falta de lógica y pueden incluir vagar completamente desaliñados y abordando a extraños, risas inmotivadas, permanecer quietos en una esquina, leer escritos al revés o recoger montones de objetos inútiles de la basura.
- *Afecto inapropiado*: hace referencia a manifestaciones afectivas incongruentes en las que la emoción que se expresa no está relacionada con la situación en que se encuentra el sujeto, sensaciones de vacío o angustia, y falta de empatía con las personas.

A continuación se muestra un cuadro comparativo de los criterios diagnósticos para la Esquizofrenia según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y el CIE-10 (OMS, 2003); se mencionan los criterios de dichos manuales ya que fueron los utilizados en el ejercicio diagnóstico desempeñado durante la prestación del Servicio Social:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE-10 (F20)
<p>A) Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante un periodo de un mes (o menos, si ha sido tratado adecuadamente):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas delirantes 2. Alucinaciones 3. Lenguaje desorganizado 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado 5. Síntomas negativos, como aplanamiento afectivo, alogia o abulia. <p>NOTA: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del paciente, o si dos o más voces conversan entre sí.</p> <p>B) Disfunción social/laboral: durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración; una o más áreas importantes de actividad, como el trabajo, relaciones interpersonales o cuidado de uno mismo, están por muy debajo del nivel previo al inicio del trastorno.</p> <p>C) Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito)</p>	<p>G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).</p> <p>1. Por lo menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento. b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos, acciones o sensaciones y percepciones delirantes. c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo. d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles tales como las que refieren a la identidad política o religiosa, a capacidades y poderes sobrehumanos (ej. Ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

y pueden incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante éstos últimos los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos.

- D) Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y el trastorno de estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a que: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con la fase activa, o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
- E) Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.
- F) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos, si se ha tratado con éxito).

2. Al menos dos de las siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario por lo menos un mes.
- b) Neologismos, bloqueos o intercepción del curso del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica, tal como la excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo o estupor.
- d) Síntomas negativos tales como marcada apatía, empobrecimiento de expresión verbal, y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (que suelen desembocar en aislamiento social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o medicación narcoléptica.

G2. Criterio de exclusión usado con más frecuencia:

- 1. Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maniaco o depresivo, los criterios listados más arriba deben satisfacerse antes de haber aparecido el trastorno del humor.
- 2. El trastorno no es atribuible orgánica cerebral o intoxicación, dependencia o abstinencia relacionada con alcohol u otras drogas.

Comentario: al evaluar la presencia de este tipo de experiencias subjetivas y de conducta anómala, se debe tener especial cuidado para evitar falsos positivos, especialmente donde están implicadas

	formas de expresión cultural o subculturalmente influidos o en presencia de un nivel de inteligencia por debajo de la media.
<p>Clasificación del curso longitudinal (sólo se puede aplicar después de que haya transcurrido al menos un año desde el inicio de los síntomas en la fase activa):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episódico con síntomas residuales interepisódico (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados) - Episódico sin síntomas residuales interepisódicos. - Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación). - Episodio único en remisión parcial - Episodio único en remisión total - Otro patrón o no especificado 	<p>Formas de evolución: teniendo en cuenta la considerable variación del curso de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente especificar la forma evolutiva. La evolución no deberá especificarse a menos que haya habido un periodo mínimo de un año de observación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continua - Episódica con defecto progresivo. Desarrollo progresivo de síntomas negativos en los intervalos entre episodios psicóticos. - Episódica con defecto estable. Síntomas negativos persistentes, pero no progresivos en los intervalos entre episodios psicóticos. - Episódica con remisiones completas o virtualmente completas entre episodios psicóticos. - Remisión incompleta - Remisión completa - Otra forma de evolución - Periodo de observación menor a un año.
<p><i>Subtipos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo paranoide - Tipo desorganizada - Tipo catatónica - Tipo indifferenciada - Tipo residual 	<p><i>Subtipos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo paranoide - Tipo hebefrénica - Tipo catatónica - Tipo indifferenciada - Tipo residual - Tipo simple - Depresión posesquizofrénica - Otra esquizofrenia - Esquizofrenia sin especificación

En cuanto a la **esquizofrenia tipo paranoide**, corresponde a los mismos síntomas clínicos mencionados, sin embargo en la observación del comportamiento del paciente se aprecia que una característica común o frecuente es el estilo defensivo y hostil (paranoide), acompañado de agitación, de dificultad para contenerse, y el paciente pierde la capacidad de controlarse

volviéndose agresivo (Rodríguez, Mesa, 2011). Algunos otros síntomas característicos de la esquizofrenia paranoide determinados tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV-TR son que las ideas delirantes y las alucinaciones deben ser notables de persecución, de referencia, de tener una misión especial, de transformación corporal o de daño. Es difícil o imposible para los demás convencer a estos pacientes de que ellos no son el blanco de alguna conspiración, además de que suelen pasar mucho tiempo pensando acerca de cómo protegerse de aquellos que piensan que quieren hacerles daño.

4.2 TRASTORNOS NO PSICÓTICOS (NEUROSIS)

Son aquellos que conforman distintos síntomas clínicos que suponen un sufrimiento o un riesgo de vida para el sujeto, sin alejamiento o alteración de la realidad (Vallejo, 2011). Incluye diferentes clasificaciones cada una con sus subtipos de trastornos, las cuales son: *Trastornos del Estado de Ánimo*, *Trastornos Somatomorfos*, *Trastornos Disociativos*, *Trastornos Sexuales*, *Trastornos de la Conducta Alimenticia* y *Trastornos de Ansiedad*. Este último subtipo incluye el trastorno del caso a reportar en este trabajo, por lo tanto se describirá a continuación.

Los *Trastornos de Ansiedad*, son aquellos donde la ansiedad predomina como alteración. Los trastornos incluidos en este grupo son: *trastorno de angustia (sin y con agorafobia)*, *agorafobia sin historia de angustia*, *fobia específica*, *fobia social*, **trastorno obsesivo-compulsivo**, *trastorno por estrés post-traumático*, *trastorno por estrés agudo*, *trastorno de ansiedad generalizado*, *trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica*, y *trastorno de ansiedad no especificado*. A continuación se describe el trastorno a trabajar en el caso.

○ **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es de los más abandonadas y desconocidos de la patología; se cuestiona su situación dentro de las neurosis, y algunos autores como Bleuler, se inclinan más por su inclusión dentro del marco de las psicosis dada la absurda carencia de sentido en muchos pensamientos obsesivos y la génesis de los cuadros clínicos (Vallejo, 2011). Sin embargo continua habiendo una diferencia marcada entre el obsesivo-compulsivo y un esquizofrénico, por ejemplo, mientras que éste último se identifica con las ideas delirantes y lucha con el exterior que lo hostiga, el obsesivo compulsivo lucha contra sus propias ideas, intentando identificarse con el medio que lo rodea. Frecuentemente el obsesivo tiene conciencia de su situación crítica y enfermiza, pero presenta a veces dificultades para delimitar donde acaba y empieza la patología. (Vallejo, 2011).

En definitiva el CIE-10 permanece fiel a la idea de incluir este trastorno entre las neurosis, como lo fue el DSM-IV-TR; mientras que el DSM-5 lo ha alejado de dicho grupo, incluyéndolo ahora en una clasificación específica de "Trastornos obsesivo-compulsivos y otros relacionados", abarcando algunos otros como son la Tricotilomanía (trastorno de arrancamiento de pelo), Trastorno de dismorfia corporal, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (2001) señala que es una de las 20 causas principales de discapacidad para las personas de entre 15 y 44 años, y presenta comorbilidad frecuente con otros trastornos tales como la depresión (Caballo, Salazar, Carrobes, 2011). Mientras que el 47% de la varianza del TOC se debe al factor herencia, el resto se atribuye a factores ambientales (Vallejo, 2011).

Los aspectos **etiológicos** con los que se asocia este padecimiento son variados de acuerdo a la teoría desde que la cual se desea analizar. Por ejemplo, dentro de las teorías conductistas existe un modelo bifactorial de

Mowrer (1939) que se basa en el condicionamiento clásico. Este modelo afirma que estímulos neutros se condicionan al asociarse temporalmente con otros estímulos (incondicionados) que de forma innata producen ansiedad o inquietud, después de lo cual los estímulos neutros ya condicionados adquieren las mismas propiedades ansiógenas que el estímulo incondicionado (Vallejo, 2011). Si bien dicho modelo conductista no aclara la génesis de las obsesiones, ofrece una explicación del mantenimiento de la clínica obsesiva.

Otra teoría que explica el origen de dicho padecimiento es la psicodinámica la cual atribuye la patología del obsesivo al compromiso o conflicto entre las pulsiones reprimidas y las prohibiciones morales de la sociedad. El Yo se enfrenta tanto a las exigencias del Ello como a las del Superyó contra el que el sujeto mantiene una posición ambivalente de acatamiento-rechazo, y al final predomina un superyó arcaico y automático que da lugar a los rasgos obsesivos (Vallejo, 2011). Y por último, nos dice este mismo autor, que existe una tercer teoría, la cognitiva, que sugiere que el problema de las obsesiones no es la incidencia de pensamientos intrusos, ni de un débil control mental, sino más bien la tendencia de malinterpretar de forma catastrófica y errónea los eventos, y asumir actitudes de responsabilidad para neutralizar tales ideas a través de conductas repetitivas o rituales.

En cuanto a las **manifestaciones clínicas** del TOC, existen dos síntomas esenciales que constituyen ésta patología:

1. *Los pensamientos obsesivos*: son cogniciones o imágenes mentales intrusas y repetitivas, con contenido negativo, que las personas que las padecen las consideran repugnantes o inaceptables, y que les ocasionan ansiedad o malestar (Caballo, Salazar, Carrobbles, 2011). Según su forma pueden clasificarse en: a) impulsos obsesivos (agresivos, sexuales o

de daño a su persona o familia); b) temores obsesivos (generalmente ligados a contaminación, catástrofes o enfermedades); c) Ideas obsesivas (limpieza, simetría, orden); y d) Ideas de duda (comprobadores, dubitativos).

2. *Las compulsiones*: son conductas o actos mentales repetitivos que la persona afectada se siente obligada a llevar a cabo en respuesta a una obsesión. Las compulsiones tienen la función de reducir la ansiedad o malestar o bien prevenir algún hecho temido que haga aparecer la obsesión (Caballo, Salazar, Carrolles, 2011). Dichas conductas o rituales, no dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Algunos ejemplos son lavarse las manos repetidamente, contar elementos, rezar, cerrar y abrir puertas, entre otras.

Mientras que el estado afectivo básico de paciente con TOC es principalmente la angustia, la suelen acompañar fenómenos situados en la depresión como son la tristeza, inseguridad, culpa, duda, entre otras.

A continuación se muestra un cuadro comparativo de los criterios diagnósticos para el TOC según el DSM-IV (APA, 2002) y el CIE-10 (OMS, 2003); se mencionan los criterios de dichos manuales ya que fueron los utilizados en el ejercicio diagnóstico desempeñado durante la prestación del Servicio Social:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE-10 (F42)
<p>A) Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:</p> <p>Las obsesiones se definen por 1,2,3 y 4:</p> <p>1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún</p>	<p>A) Las obsesiones o las compulsiones (o ambas) están presentes la mayor parte de los días por un periodo de al menos dos semanas.</p> <p>B) Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, todas las cuales han de estar presentes:</p>

<p>momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. 3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o bien trata de neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. 4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son producto de su mente (y no vienen impuestos, como en la inserción del pensamiento). <p>Las compulsiones se definen por 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamientos (ej. Lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente) 2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativa; sin embargo estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. <p>B) En algún momento del transcurso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. <i>Nota:</i> este punto no es aplicable para niños.</p> <p>C) Las obsesiones o compulsiones</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Son reconocidas como originadas en la mente del paciente y no impuestas por personas o influencias externas. 2. Son repetitivas y molestas, y al menos una obsesión o compulsión debe estar presente y ser reconocida como excesiva o irracional. 3. El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque, si son muy duraderas, la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede ser mínima). Al menos una obsesión o compulsión, a la que se resiste sin éxito, debe estar presente. 4. El pensamiento obsesivo o la realización del acto compulsivo no deben ser en sí mismos placenteros (esto debe ser distinguido del alivio temporal de la tensión o ansiedad). <p>C) Las obsesiones o compulsiones causan malestar o interfieren en el funcionamiento individual y social del sujeto, usualmente por el gasto de tiempo.</p> <p>D) Los criterios de exclusión más usados comúnmente son: no debido a otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia y trastornos relacionados (F2) o trastornos del humor (afectivos F3)</p> <p>El diagnóstico puede especificarse por los siguientes cuatro códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -F42.0 con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos. -F42.1 con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) -F42.2 con mezcla de pensamientos y actos obsesivos -F42.8 otros trastornos obsesivos compulsivos -F42.9 trastorno obsesivo compulsivo sin especificación
---	---

<p>provocan un malestar clínico significativo, representa una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente en la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o académicas o su vida social.</p> <p>D) Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (ej. Preocupaciones por la comida en un trastorno no alimentario, arranque de cabellos en tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, etc)</p> <p>E) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Fármacos o drogas) o de una enfermedad médica.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.</p>	
--	--

4.3 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Son los trastornos con mayor dificultad para su diagnóstico y clasificación ya que en ellos la patología se establece por agrupaciones de rasgos peculiares pero sin síntomas clínicos, que hacen sufrir al sujeto o que le generan importantes conflictos que no le permite relacionarse de forma interpersonal. Hace referencia a un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto (Vallejo, 2011); constituyen entonces desviaciones importantes de lo que serían los patrones culturales de comportamiento interpersonal del grupo social del paciente.

De acuerdo a Vallejo (2011) existen tres grupos que engloban los trastornos de la personalidad según los rasgos de quienes los padecen: *Grupo A)* caracterizados por el procesamiento aberrante de la información, experimentación de estados mentales inusuales, aislamiento y marginación social; son sujetos extraños y solitarios, proclives a presentar sintomatología psicótica. *Grupo B)* reúne a las personas con inestabilidad emocional y propensión a la ansiedad, e incluye sujetos con necesidades desmedidas de atención y afecto, proclives al malestar psicológico, descontrol emocional y distimia (carácter depresivo crónico). Y *Grupo C)* aquellas personas que presentan distintas formas de miedo patológico; temen a la opinión de otros y evitan el contacto social viviendo en un estado de preocupación permanente.

El CIE-10 (2003) nos dice que para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad se debe cumplir algunos criterios como: que los patrones anormales de conducta afecten varios aspectos de la personalidad el sujeto, como afectividad, control de impulsos, formas de pensar y percibir, y formas de relacionarse; dicho comportamiento anormal debe ser duradero y de larga evolución, no se limita a episodios concretos; debe ser un comportamiento generalizado y claramente desadaptativo en situaciones individuales y sociales; debe conllevar un considerable malestar personal y por lo general un deterioro del rendimiento profesional.

Los trastornos de personalidad comprende los siguientes: *trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, y trastorno de la personalidad no especificado.* A continuación se describe el trastorno a trabajar en el caso.

○ **TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD**

El trastorno esquizoide de la personalidad (TEP) se caracteriza por una necesidad de distanciamiento, patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresiones emocionales en situaciones interpersonales, con falta de energía y vitalidad (Rodríguez, Mesa, 2011). El DSM-IV-TR estima que este trastorno es poco frecuente en el entorno clínico.

En cuanto a la **etiología** de dicho trastorno se han encontrado pocas evidencias de que éste pueda ser heredado o que tenga relación con la esquizofrenia. Millon y Everly (1994 en Caballo, Salazar, Carrobes, 2011) proponen que podrían estar involucrados aspectos ambientales como una atmósfera familiar rígida o una comunicación fragmentada, pero la conclusión final es que no se sabe casi nada sobre la etiología de dicho trastorno

En cuanto a las **manifestaciones clínicas** predominantes en este trastorno se encuentran: indiferencia hacia las relaciones sociales, no invitan a la interacción personal por su frialdad y su nula expresión emocional, y suelen dar la impresión de vivir ensimismados y ausentes, como si su atención estuviese dirigida únicamente a vivencias internas. Millon y Davis (2001 en Vallejo, 2011) hacen referencia a que el paciente con TEP se concreta en la introversión, vacío emocional, indiferencia interpersonal y social hacia la búsqueda del aislamiento, afirmando que en la interacción con el mismo "puedes llama a la puerta, pero no hay nadie en casa"; es decir, que el mundo interior del esquizoide no parece tener nada de apasionante como lo demuestran sus constantes quejas de vaciedad y falta de temas para comunicar con los demás; además de que la incapacidad de generar relaciones interpersonales suele ir acompañada de fobias, mecanismos psicológicos de evitación y alta disconformidad con la imagen, lo cual propicia estados de soledad, reacciones desadaptativas, consumo de tóxicos e incluso

pueden llegar a presentar algún episodio delirante de corta duración. Sin embargo los pacientes esquizoides también muestran creatividad y una tendencia marcada a la intelectualización (alejándose del mundo emocional), por lo tanto pueden desarrollar un cierto nivel de funcionamiento (Rodríguez, Mesa, 2011).

Los trastornos de personalidad con los que probablemente pueda confundirse más el TEP son el esquizotípico, el paranoide y el trastorno por evitación, ya que comparten ciertas características como aislamiento social y afectividad restringida. Sin embargo las diferencias-significativa entre los mismos son que los pacientes esquizoides presentan distorsiones perceptivas y claras excentricidades; los pacientes con trastorno por evitación tienen miedo a ser rechazados por los demás y a sentirse agobiados en situaciones sociales, mientras que los pacientes con TEP directamente "no tienen ningún interés por relacionarse con otros individuos" (Caballo, Salazar, Carroble, 2011).

A continuación se muestra un cuadro comparativo de los criterios diagnósticos para el TEP según el DSM-IV (APA, 2002) y el CIE-10 (OMS, 2003); se mencionan los criterios de dichos manuales ya que fueron los utilizados en el ejercicio diagnóstico desempeñado durante la prestación del Servicio Social:

Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR	Criterios Diagnósticos CIE-10 (F60.1)
<p>A) Un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión social en situaciones interpersonales, tal como indican <i>cuatro</i> (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluyendo el formar parte de una familia. 2. Escoge casi siempre actividades solitarias. 3. Muestra poco interés por tener experiencias sexuales con otra 	<p>A) Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (G1-G6)</p> <p>B) Deben cumplirse al menos cuatro de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, que se limitan a una sola persona o al deseo de poder tenerlas. 2. Actividades solitarias acompañadas de una actitud de

<p>persona.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Disfruta con pocas actividades. 5. Es indiferente a la alabanza o a la crítica. 6. Muestra desapego, frialdad o embotamiento emocionales. 7. Carece de confidentes o amigos íntimos distintos de los miembros de su familia. <p>B) Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otros trastornos psicóticos, y no son debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.</p> <p>Nota: si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir premórbido.</p>	<p>reserva</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Poco interés por relaciones sexuales con otra persona (teniendo en cuenta la edad) 4. Incapacidad para sentir placer (anhedonia) 5. Respuesta pobre a los elogios o a las críticas. 6. Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo. 7. Incapacidad para expresar sentimientos de empatía y ternura o de ira a los demás. 8. Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañadas de una introspección. 9. Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico. <p>Excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizotípico - Síndrome de Asperger - Trastorno de ideas delirantes - Trastorno esquizoide de la infancia
---	--

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La Evaluación Psicológica (EP) conforma su aplicación en los distintos campos o contextos que estructuran el quehacer profesional de los psicólogos: clínico, laboral, educativo, social, jurídico, comunitario. Ballester (1992) en el texto de Mikulic, (2003) *La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo*, define la evaluación psicológica como:

“Aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano o grupo especificado de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción,

explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se incardinan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación...”

En un sentido estrecho, la evaluación en psicología consiste en diagnosticar, es decir, detectar la presencia de un estado, de un conocimiento, de una patología, etc., de acuerdo con el campo donde se esté evaluando (Aragón, 2015). En cualquiera de sus aplicaciones, la EP analiza los diversos comportamientos humanos en un contexto determinado, donde los comprende, los compara, clasifica, explica, predice, etcétera., aunque éste no es su objetivo esencial. La evaluación no representa un fin en sí misma, más bien persigue un objetivo eminentemente práctico: su objetivo fundamental no es la explicación, sino la búsqueda de medidas prácticas de intervención (Aragón, 2015).

El área de la EP tiene una existencia autónoma reciente. El término “Evaluación Psicológica” es la traducción del término anglosajón *psychological assessment*, el cual aparece por primera vez en la literatura psicológica en el año 1948 con la publicación del libro “*Assessment for men*”, donde se describen los procedimientos estadounidenses para la selección de sujetos especialmente calificados para misiones militares (Mikulic, 2003). Es decir, la EP nace a partir de la primera década del S. XX, cuando se produce un incremento significativo de los instrumentos de medición tanto en EEUU como en Europa, y surgen nombres como Gesell, Piaget, Binet, entre otros, quienes en sus propios objetos de estudio tratan de establecer las diferencias individuales en cuanto a los procesos de pensamiento del sujeto, su desarrollo, y sus habilidades y capacidades personales. Sería hasta la segunda mitad del siglo XX que el área de la Evaluación Psicológica comienza a configurarse y a establecerse como la conocemos hoy en día, gracias al desarrollo de la clasificación diagnóstica, y principalmente gracias al desarrollo de los

instrumentos de medición (pruebas psicométricas) en sus formas cualitativas y cuantitativas.

La EP Es un término comprensivo en su aspecto semántico: cuando se lo emplea se alude tanto al psicodiagnóstico, a tests o pruebas, a la evaluación conductual, a la valoración de diferentes tipos de intervenciones (sociales, educativas, clínicas) así como a determinar la eficacia de programas diversos de intervención (Casullo, 2001). Anguera (1986 en Casullo, 2001) afirma que en nuestras actividades cotidianas los psicólogos nos hallamos siempre inmersos en el ámbito de la evaluación, independientemente de cuál sea el sector específico en el que las concretemos; es decir, en cualquiera que sea el quehacer del psicólogo o el área de su elección, nos encontramos intentando comprender o analizar un fenómeno (ya sea real o simbólico) a través de sus manifestaciones a partir de un modelo teórico; fenómeno que, por supuesto, siempre está referido a individuos o al conjunto de los mismos.

Es importante señalar también que toda EP mantiene presente que los individuos son seres complejos, integrales y multidimensionales, por lo tanto es necesario que toda EP sea interdisciplinaria. Casullo (2001) destaca algunos puntos que la EP debe mantener presentes en cualquier área de la psicología al hacer ejercicio de sus funciones en el fenómeno que analiza: el ser humano.

- Posee determinados "programas neurobiológicos".
- Es un actor social.
- En su calidad de actor concreta diferentes acciones (reales o imaginarias).
- Es un sujeto que procesa información, pone en funcionamiento actividades cognitivas, es decir almacena, evoca, olvida.
- Se emociona, ama, quiere, odia, es decir, tiene una vida afectiva.

- Establece relaciones sociales vinculadas a roles, pautas de convivencia, sistemas de aceptación o marginación, relaciones de poder, de acuerdo a su propio contexto.
- Sustenta determinados valores, tiene creencias en base a los cuales podrá otorgar una significación peculiar a la conducta que se pretende evaluar (ética).

Aragón (2015) afirma que el objetivo final que persigue toda evaluación psicológica es la toma de decisiones, la cual presupone la existencia de alternativas entre las cuales hay que elegir; así, se podría considerar entonces a la intervención psicológica como todo aquello que al final del proceso evaluativo se puede implementar.

5.1 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA

En la actualidad existen múltiples modelos para llevar a cabo una EP, dependiendo del área psicológica de aplicación y el objetivo de la misma. Primero es importante definir que al hablar de un modelo se hace referencia a un sistema formal, un constructo epistemológico, integrado por una serie de postulados teóricos que nos permite la conceptualización de los fenómenos, de los problemas que intentamos comprender y explicar (Casullo, 2011).

La Evaluación Psicológica Clínica (EPC) es de los más utilizados por la psicología en el análisis, diagnóstico y tratamiento del "sujeto individual". La EPC puede definirse como el proceso de evaluación y medida de los factores psicológicos, biológicos y sociales y sus relaciones en una persona o grupo de personas con posibles trastornos mentales. (Muñoz, 2003)

La EPC tiene como esquema básico de funcionamiento la generación y contraste de hipótesis. Flasher, Maisto y Turkat (1984 en Muñoz, 2003) proponen un esquema (Figura 2) de *cuatro* fases generales (tres de las cuales se retroalimentan constantemente), cada una con sus procesos subyacentes, que hacen referencia directamente al curso de la EPC, y que explican el mismo de manera muy clara y completa. A continuación se describe de manera integral cada paso.

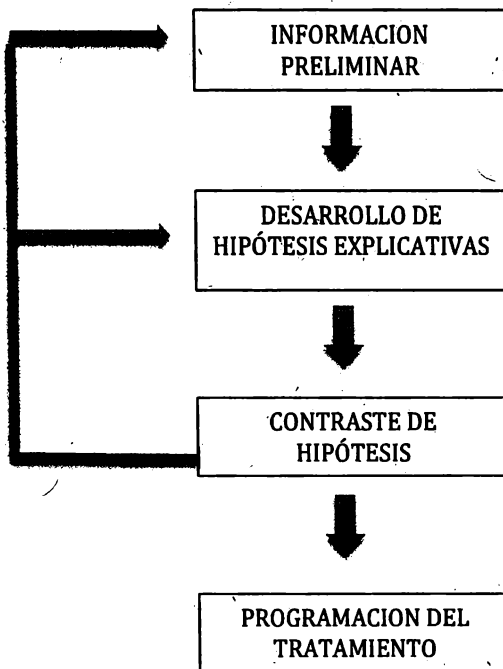


Figura 2. Proceso de evaluación psicológica (Flasher, Maisto y Turkat, 1984)

1. INFORMACION PRELIMINAR

Puede considerarse como el objetivo inicial de la EPC: saber qué le pasa al sujeto. En otras palabras: describir la fenomenología del paciente y su entorno (Muñoz, 2003). Hace referencia entonces a toda la información descriptiva del sujeto y su caso; esto comprende su contexto, sus diferentes interacciones con el ambiente, comportamientos, creencias, relaciones, afectos, conflictos y la interpretación que la a los mismos etc., es decir todas las variables del sujeto que lo integran a él y a su problemática. Deben ser descritos detalladamente y de ser posible en forma secuencial. Solamente debe recogerse información que aporta o puede aportar datos útiles al planteamiento del problema del sujeto, y con el menor nivel de interpretación posible (Muñoz, 2003).

La información preliminar se integra por diferentes técnicas de análisis descriptivo para su obtención, como son:

- **Expediente clínico (de existir):** informes previos de otros profesionales con historial clínico del paciente que aporten información antecedente relevante.
- **Exploración inicial:** en forma general hace referencia al primer contacto con el paciente en el cual el psicólogo puede formarse una idea inicial respecto a la persona. Sin embargo hace alusión principalmente a la exploración de las funciones psicológicas primordiales implicadas en el sujeto, como lo son: apariencia personal, constitución física, nivel de conciencia, comportamiento psicomotor, atención, concentración, lenguaje, pensamiento, orientación espaciotemporal, percepción, afecto, estado de ánimo, memoria y juicio. La valoración del estado mental (o Examen Mental) utiliza tres métodos básico para su establecimiento: observación, conversación y exploración (Muñoz, 2003).

- **Entrevista clínica inicial:** hace referencia a la primera entrevista con el paciente, probablemente es la más extensa y detallada, así como la más importante, ya que es donde surge el establecimiento del rapport y de las bases de la futura relación paciente-terapeuta. Ortuño (2003) afirma que el esquema general de esta primera entrevista consta de varios apartados: la filiación (datos biográficos), motivo de consulta (problemática principal), exploración del cuadro clínico (síntomatología), historia de la enfermedad (inicio de problemática y/o síntomas, curso y evolución), antecedentes médicos (alguna enfermedad no psíquica), historia familiar (antecedentes familiares), e historia personal (estilo de vida, relaciones afectivas, hábitos, conflictos...).

2. DESARROLLO DE HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Una vez que se ha recabado toda la información descriptiva posible del sujeto en la primera entrevista, comienza la formulación de las primeras hipótesis que puedan explicar la problemática del sujeto o su comportamiento basándose principalmente en la exploración del cuadro clínico (síntomas), el inicio del mismo, su evolución y los efectos en la conducta y estilo de vida actual del paciente. Existen dos fases subyacentes necesarias que integran la EPC y que se encuentran inmersas en el desarrollo de estas primeras hipótesis explicativas:

- **Aplicación e interpretación de pruebas psicológicas:** se refiere al procedimiento tipificado, cualitativo o cuantitativo, que evalúa las características del sujeto en un área determinada (inteligencia, personalidad, percepción, etc.), con los objetivos de obtener mayor información sobre las manifestaciones mentales del sujeto (principalmente en las áreas cognitiva, afectiva y de personalidad), y por

lo tanto la obtención mayores herramientas para establecer un posible diagnóstico del paciente.

- **Diagnóstico:** es el proceso por el cual se determina si los problemas que afectan al paciente cumplen todos los criterios de un trastorno psicológico o una enfermedad mental, que se especifican en las clasificaciones diagnósticas al uso (DSM y CIE) (Muñoz, 2003) Es decir, corresponde a la identificación o reconocimiento de la enfermedad o trastorno mental del sujeto a partir de toda la información recabada, síntomas y resultados e interpretación de las pruebas psicológicas. Es importante señalar que en algunas ocasiones éste paso es necesario establecerlo sin completar todo el proceso de evaluación (Muñoz, 2003) pero generalmente es recomendado introducirlo de manera retroalimentativa durante todo el proceso de EPC.

3. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Este paso, como su nombre lo refiere, indica la necesidad de contrastar las primeras hipótesis con el avance que se realiza durante toda la EPC yendo desde los puntos más básicos y las primeras exploraciones del paciente, hasta las formulaciones más complejas de su padecimiento e información posterior recaudada en las pruebas psicológicas o en otras entrevistas posteriores. Tiene su fundamento en los procesos de:

- **Entrevistas de seguimiento:** aquellas en las cuales se puede obtener información del paciente que pudo haber omitido o evitado (a través de diferentes mecanismos psicológicos) en las primeras entrevistas. Hace referencia a algún tipo de información que pueda contrastar de algún modo con las primeras hipótesis y pueda alterar el diagnóstico establecido previamente.

- **Confirmación o cambio de Diagnóstico:** tiene como objetivo sustentar el mismo a través de las bases clínicas con las que se determinó en primera instancia. El contraste de hipótesis pudiese o no modificar el diagnóstico previamente establecido.

4. PROGRAMACIÓN DEL TRATAMIENTO

Esta última fase se realiza una vez que el diagnóstico ha sido establecido definitivamente. El tratamiento psicológico para pacientes con enfermedad o trastorno mental, varía dependiendo del mismo. Para establecerlo se deben considerar diferentes variables importantes como son: las características/síntomas de la enfermedad, la gravedad y evolución de la misma, las reincidencias en el paciente, su estilo de vida y el tratamiento farmacológico que, en su mayoría, suele acompañar al tratamiento psicoterapéutico (Muñoz, 2003).

Por último, haciendo referencia a las normas éticas del psicólogo, los principios generales que se refieren a la práctica de la evaluación psicológica pueden resumirse, de acuerdo a la APA (2003 Muñoz en Aragón 2015) en:

“Competencia, integridad, responsabilidad social y científica, respeto por los derechos y dignidad de las personas, procuración del bienestar de las personas y responsabilidad social, lo cual significa que los psicólogos deben hacer todo lo posible para tener el máximo de preparación y competencia profesional; mostrar en su relación con los usuarios de sus servicios una conducta honesta, justa y respetuosa; llevar a cabo de manera responsable sus actividades profesionales y de investigación; respetar los derechos y dignidad de todas las personas y tratar de contribuir a mejorar las condiciones de su comunidad, y en general, a mitigar el sufrimiento humano”.

6. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Los instrumentos de evaluación psicológica son las diferentes técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas específicas de los seres humanos. Existen diferentes tipos de pruebas psicológicas (psicométricas, tests, pruebas proyectivas, etc.) clasificadas de acuerdo a su constitución, validez y confiabilidad; todas ellas constituyen el bagaje metodológico con el que cuenta nuestra disciplina en términos de medición y descripción del comportamiento humano y de ciertas características determinadas del sujeto. Son construidas en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano, y los resultados de las mismas son una parte fundamental que se integra en el proceso evaluativo (González, 2007).

Los instrumentos de evaluación psicológica remontan su origen y desarrollo histórico a la época en que se constituye la Psicología como ciencia independiente con Wilhelm Wundt (1832-1920), psicólogo alemán, quien realiza los primeros intentos de estudiar cualidades y procesos psíquicos de forma aislada mediante técnicas de laboratorio. Posteriormente destacan tres figuras importantes que contribuyeron al desarrollo de los instrumentos de evaluación psicológica: Galton (con sus evaluaciones sensoriales, perceptuales y motoras), Catell (introducción de los tests mentales a nivel sensorial, motor y perceptual), y Binet (estudio de las diferencias individuales, edad mental e inteligencia). La comprensión y apreciación de las aportaciones de estos pioneros de la disciplina sigue siendo incluso hoy motivo de revisión y estudio, pues permite adentrarse en las propias bases de la misma (González, 2007).

Otro concepto necesario en la descripción de los instrumentos de evaluación psicológica, es la *psicometría*, la cual es el conjunto de métodos, técnicas y

teorías implicados en la medición de variables psicológicas. Los términos *psico* y *metría* significan: medida de los fenómenos psíquicos; por lo tanto los instrumentos psicométricos intentan cuantificar habilidades cognitivas o rasgos de personalidad en la persona estudiada (González, 2007). El objetivo de la psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignarles valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas (2003 Muñiz en Aragón 2015).

A continuación se describen brevemente las cuatro pruebas psicológicas empleadas en la evaluación psicológica clínica de las pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

6.1 TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

Es un test creado en 1946 por la Dra. Laretta Bender inspirado en la Teoría de la Gestalt sobre la percepción. Tiene como objetivo general la medición de la percepción visual a través de diversas tareas de ejecución motora.

Mientras que la percepción es concebida como un paso intermedio del proceso de información entre la sensación y la cognición; la percepción visual es definida como la capacidad para reconocer y discriminar estímulos visuales y para interpretar dichos estímulos en función de las experiencias previas (1966 Frostig en Heredia, Santaella, Somarriva 2012). La percepción visual depende de cierto grado de maduración del Sistema Nervioso Central y se encuentra enlazada con otras funciones cognitivas superiores como razonamiento, memoria, aprendizaje, motricidad, etc; así que la reproducción de las figuras gestálticas varía en función al desarrollo o maduración neurológica de cada sujeto o de las alteraciones en el mismo (estado patológico u orgánico).

La autora define a la Función Gestáltica como "aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt" (Heredia, Santaella, Somarriba 2012), es decir, al percibirse un estímulo éste es reorganizado por el individuo de acuerdo con sus condiciones neurológicas, y por lo tanto su forma de responder va a depender de los diferentes aspectos que constituyen su personalidad.

- **USO DE LA PRUEBA**

El test de Bender se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora, tanto en niños como en adultos. Mediante éste se puede detectar retraso en la maduración, así como diagnosticar lesión cerebral, retraso mental, y dificultades perceptuales o visomotoras; también se pueden evaluar algunos aspectos emocionales, así como la memoria visual inmediata del individuo.

- **DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA**

La Prueba de Bender consiste en 9 tarjetas blancas, tamaño postal, cada una con un diseño trazado en negro en el centro.

- **APLICACIÓN DE LA PRUEBA**

Se sienta al paciente frente al aplicador y frente a una mesa, donde se hayan dispuesto dos hojas de papel tamaño carta, un lápiz y una goma para borrar. Luego de establecer un buen "rapport" se muestra a sujeto la pila de tarjetas diciéndole: "aquí tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies en esa hoja, intenta hacerlos lo más similares posibles". Se presenta la *Figura A*, frente al sujeto sobre la mesa y cuando ha terminado se le retira y se continua con el resto de las tarjetas hasta terminar.

Una vez que ha terminado con las 9 tarjetas, se le pide al sujeto que en la segunda hoja blanca dibuje todas las figuras que pueda recordar, sin importar el orden. No hay tiempo límite en esta prueba

- **CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA**

La calificación del test de Bender para obtener un nivel de maduración va a depender de diferentes ítems que son puntuados como existentes o no (1 o 0) de estar presentes de manera muy clara en la reproducción de la figura. Los factores a evaluar son los siguientes: *distorsión de la forma, rotación de la figura, integración del diseño y perseveración*, los cuales tienen sus propios criterios de acuerdo a cada una de las figuras.

Mientras que con relación a los problemas emocionales detectables en la prueba, la Dra. Koppitz desarrolló una escala, en la que relaciona las ejecuciones con ciertos rasgos de personalidad y actitudes (Heredia, Santaella, Somarriba 2012). Las categorías que la conforman son:

1. **Orden Confuso:** se relaciona con una pobre capacidad de planeación, dificultad para organizar la información y probable confusión mental. También se le ha relacionado con dificultades en el aprendizaje y tendencia a la impulsividad (acting-out).
2. **Línea Ondulada:** se relaciona con falta de estabilidad emocional y dificultad en la coordinación motora.
3. **Rayas en lugar de Círculos:** se asocia con impulsividad y agresividad, falta de interés o atención. Sugiere también preocupación por dificultades personales.

4. **Aumento progresivo de tamaño:** los puntos y los círculos van aumentando de tamaño, hasta triplicarlo en relación con los primeros. Está relacionado poca tolerancia a la frustración.
5. **Gran tamaño:** se considera cuando una figura es una tercera parte mayor que la original. Se ha relacionado con tendencia a la impulsividad.
6. **Micrografía:** se asocia con ansiedad, timidez y conducta retraída.
7. **Líneas Finas:** se asocia con timidez y retraimiento, con conductas de evitación.
8. **Repaso del dibujo o de los trazos:** Se repasa el dibujo con líneas gruesas e impulsivas. Se asocia con impulsividad y agresividad
9. **Segundo Intento:** puede estar relacionado con impulsividad al preferir repetirlo en vez de borrar y corregir.
10. **Expansión:** correlaciona con impulsividad.

6.2 ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS DE DAVID WECHSLER (WAIS IV)

Las escalas de inteligencia de Wechsler son, posiblemente, los instrumentos más utilizados para la evaluación de las aptitudes intelectuales tanto en Europa como en América. Es un test psicomotor que tiene como objetivo realizar una evaluación completa del perfil cognitivo del sujeto, y determinar su Coeficiente Intelectual (CI) a través de la evaluación de diferentes funciones y habilidades mentales del mismo.

La primera de las pruebas Wechsler fue la escala *Wechsler-Bellevue* de Inteligencia en 1939 y abarcaba un rango de edad entre 7 y 69 años; la innovación clave de esta prueba fue el uso de CI con desviaciones (puntuaciones estándar) que en términos psicométricos era la edad mental dividida entre la edad cronológica del sujeto (Lichtenberger, Kaufman 2015). La elaboración de las pruebas de Wechsler se basó en consideraciones prácticas y clínicas más que teóricas.

Las sucesivas versiones y estandarizaciones de la escala han ido incorporando los avances de la investigación sobre el funcionamiento cognitivo (por ejemplo, los índices de memoria de trabajo y de velocidad de procesamiento), manteniendo el enfoque inicial de Wechsler de considerar a la inteligencia como la “capacidad de una persona para actuar con una finalidad, para pensar racionalmente y desenvolverse con eficacia dentro de su ambiente” (1944 Wechsler en Amador 2013).

La cuarta edición de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV) se publicó en el año 2008 en su versión americana y en el 2012 en su versión española (Amador 2013).

- **USO DE LA PRUEBA**

El WAIS-IV se utiliza para medir diferentes habilidades cognitivas del sujeto que integran funciones relacionadas con la inteligencia y resolución de problemas. Se puede utilizar en el proceso de evaluación psicológica con propósitos de clasificación, descripción, predicción o planificación de intervenciones (2002 APA en Amador 2013). Se utiliza, preferentemente, en ámbitos clínico y de la salud, forense, escolar y de recursos humanos. La escala puede administrarse entre los 16 y los 89 años y 11 meses de edad.

- **DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA**

La WAIS-IV está formado por quince pruebas, diez principales y cinco opcionales que se agrupan en cuatro índices: *Comprensión verbal (ICV)*, *Razonamiento perceptivo (IRP)*, *Memoria de trabajo (IMT)* y *Velocidad de procesamiento (IVP)*. A partir de las puntuaciones de las diez pruebas principales se puede obtener un *Cociente de inteligencia total (CIT)*, que es una buena medida del funcionamiento intelectual general

A continuación se muestran las quince pruebas que lo integran, en qué consiste cada una y su agrupación correspondiente (Amador, 2013):

1. COMPRENSION VERBAL (CV): evalúa la capacidad de razonamiento verbal, de formación de conceptos y los conocimientos adquiridos (ya sea por medio de educación formal o informal):

- **2. Semejanzas (S).** Mide la capacidad para expresar las relaciones entre dos conceptos, el pensamiento asociativo y la capacidad de abstracción verbal. La tarea consiste en encontrar las semejanzas que hay entre dos palabras, que se refieren a objetos comunes, o entre dos conceptos
- **5. Vocabulario (V).** Requiere que se nombre un objeto que se presenta visualmente (denominación) y que definan vocablos de dificultad creciente que se presentan oralmente y por escrito. Refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica del ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada.
- **9. Información (I).** Se ha de responder a preguntas sobre información que se puede adquirir a través de la educación formal o informal, en el

ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada. Evalúa la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información aprendida y memoria a largo plazo.

- **Comprensión (CO) (*opcional).** La tarea consiste en explicar qué se debe de hacer en determinadas circunstancias o porqué se siguen determinadas prácticas. Evalúa la comprensión y expresión verbal, el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales.

2. RAZONAMIENTO PERCEPTIVO (RP): mide la capacidad de procesamiento (análisis y síntesis) visual y espacial, y la integración visomotora:

- **1. Cubos (C).** La tarea consiste en construir con cubos coloreados en rojo y blanco unos dibujos de complejidad creciente. Evalúa la capacidad de análisis y síntesis visual y la reproducción de dibujos geométricos abstractos.
- **4. Matrices (M).** Se trata de elegir el dibujo que completa una serie que está incompleta. Mide razonamiento abstracto y la capacidad para procesar información visual.
- **8. Puzles visuales (PV).** La tarea consiste en elegir las tres piezas que completan un puzle que se presenta completo. Mide capacidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, establecer relaciones entre partes y razonamiento no verbal.
- **12. Balanzas (B) (*opcional).** Se presentan balanzas con dos platillos: en uno de ellos hay una o varias pesas; la tarea es seleccionar la pesa,

o pesas, que equilibran los platillos de la balanza. Mide la capacidad para comparar, establecer analogías y el razonamiento cuantitativo

- **15. Figuras incompletas (FI) (*opcional).** La tarea consiste en indicar qué elemento clave falta en un dibujo. Requiere la identificación de objetos y utensilios familiares, y distinguir y diferenciar entre los aspectos esenciales y no esenciales.

3. MEMORIA DE TRABAJO (MT): mide la capacidad para retener temporalmente en la memoria una cantidad determinada de información, mientras se trabaja u opera con ella:

- **3. Dígitos (D).** Está formada por tres tareas: *Dígitos directos* (consiste en repetir una serie de dígitos, que se presentan oralmente, en el mismo orden que se presentan), *Dígitos inversos* (repetir una serie de dígitos en orden inverso al presentado) y *Dígitos en orden creciente* (repetir de menor a mayor los números leídos por el examinador). Evalúa la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo.
- **6. Aritmética (A).** La tarea consiste en resolver mentalmente problemas aritméticos y dar la respuesta dentro de un tiempo determinado. Evalúa la habilidad para utilizar conceptos numéricos abstractos, operaciones numéricas, la capacidad de atención y concentración y la memoria de trabajo.
- **11. Letras y números (LN) (*opcional).** En esta tarea se presentan oralmente una serie de números y de letras mezclados. Después se deben repetir los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético. Evalúa atención, concentración y memoria de trabajo.

4. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO (VP): evalúa la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz:

- **Búsqueda de símbolos (BS).** En este test se presentan dos símbolos y la persona evaluada debe decidir si alguno de ellos está presente dentro de un conjunto. Evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple.
- **Clave de números (CN).** La tarea consiste en completar, con los símbolos adecuados, unos cuadrados que tienen un dígito en su parte superior. Evalúa, la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo.
- **14. Cancelación (CA) (*opcional).** La tarea consiste en tachar, dentro de un tiempo límite, figuras geométricas de la misma forma y color que las proporcionadas como ejemplos. Mide la vigilancia, atención selectiva, velocidad de procesamiento visual y rapidez y coordinación visomotora.

- **APLICACIÓN DE LA PRUEBA**

La prueba es recomendable aplicarse cuando el sujeto se encuentre descansado y en un lugar sin distracciones (consultorio, salón, etc). Se le menciona al paciente que se aplicarán diferentes tareas que nos ayudarán a conocer algunas de sus habilidades. Cada subprueba o tarea tiene su propia instrucción de acuerdo a la actividad a realizar como se observó en el apartado anterior. El tiempo de la aplicación de la escala varía de acuerdo a la edad, al

grado de atención, motivaciones, etc., pero tiene una duración aproximada de una hora y media a dos horas.

- **CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA**

La calificación de ésta prueba a grandes rasgos consiste en sumar las puntuaciones obtenidas por el sujeto en cada tarea, posteriormente se transforma en una medida estandarizada (*escalar*) de acuerdo a su edad. Del mismo modo, la suma de las puntuaciones *escalares* de cada índice se transforma en puntuaciones *compuestas*, a fin de que los datos de los cuatro índices y del CIT puedan ser comparables (las tablas de conversión para dicho procedimiento se encuentran incluidas dentro de la prueba). El **CI total** es la suma de las puntuaciones escalares de los 10 tests principales. Se obtiene entonces un perfil del sujeto que integra sus fortalezas y debilidades en ámbitos cognitivos y que orienta al psicólogo en la capacidad del mismo para adaptarse al ambiente, resolver conflictos o enfrentarse a situaciones novedosas.

6.3 INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI-2)

El MMPI-2 una prueba encargada de evaluar diferentes rasgos de personalidad, tipos de personalidad, estados de personalidad y algunos otros aspectos que la comprenden (como por ejemplo autoestima, sentimientos, pensamientos, etc.); entendiendo la personalidad como un conjunto de características o rasgos dinámicos psíquicos de una persona los cuales determina el actuar de la misma ante determinadas circunstancias.

En 1939 Hathaway y McKinley guiados por la simple frustración de su práctica clínica cotidiana, empezaron a investigar acerca de instrumentos útiles para trabajar con sus pacientes, lo que con el tiempo resultó en la publicación del MMPI (Gómez, León 2003). Dichos autores desarrollaron el MMPI como una ayuda en la tarea cotidiana de evaluación y diagnóstico a pacientes con trastornos mentales en los hospitales de la Universidad de Minnesota.

El MMPI provee de una técnica útil y práctica en la evaluación de individuos que reportan problemas y síntomas de enfermedad mental (Gómez, León 2003). Llegó a ser la medida del inventario de personalidad más utilizado, principalmente en el ámbito de la psicopatología para estudios psicológicos y psiquiátricos. Los reactivos se formaron a partir de las historias clínicas de los pacientes del hospital psiquiátrico de Minnesota, así como de lo que los mismos pacientes reportaban acerca de sí mismos y sus síntomas (Gómez, León 2003).

- **USO DE LA PRUEBA**

El MMPI-2 se utiliza para evaluar y describir diferentes rasgos y estados profundos de la personalidad y de psicopatología de los individuos. Puede ser utilizada en población con o sin enfermedad mental diagnosticada. La edad de aplicación va desde los 18 hasta los 84 años, teniendo en cuenta que el nivel de lectura del usuario sea el de una persona de segundo de secundaria.

- **DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA**

El MMPI-2 es un inventario de hojas de papel que incluye 567 reactivos, y una hoja de respuestas. Contiene también 6 escalas de Validéz,, 13 escalas Suplementarias, 15 escalas de Contenido y 10 escalas Básicas (escalas

clínicas principales) para su interpretación, las cuales se mencionan a continuación:

Escalas Básicas

- Escala 1: Hipocondriasis (Hs)
- Escala 2: Depresión (D)
- Escala 3: Histeria Conversiva (Hi)
- Escala 4: Desviación Psicopática (Dp)
- Escala 5: Masculinidad-Femineidad (Mf)
- Escala 6: Paranoia (Pa)
- Escala 7: Psicasternia (Pt)
- Escala 8: Esquizofrenia (Es)
- Escala 9: Hipomanía (Ma)
- Escala 0: Introversión Social (Is)

• **APLICACIÓN DE LA PRUEBA**

Es conveniente que la prueba sea aplicada por psicólogos o estudiantes de psicología, dada algunas reacciones emocionales que puede provocar en la persona a la que se le aplica. Se debe aplicar en un lugar tranquilo y sin distractores. Se sienta al sujeto en una mesa, se le entrega el cuadernillo al sujeto junto con su hoja de respuestas, un lápiz y una goma, y se le explican las instrucciones, las cuales son fundamentales para cumplir con la tarea de la prueba, comprender e interpretar los reactivos de manera correcta, así como la confiabilidad para dar sus respuestas. Las instrucciones que se le da al sujeto son: "a continuación se muestran una serie de afirmaciones sobre diferentes temas que corresponden a situaciones de la vida de las personas. Si dicha afirmación corresponde a ti o a tu vida marcas el reactivo como verdadero (V), si dicha afirmación no corresponden a ti ni a tu vida marcas el reactivo como falso (F). Intenta ser lo más honesto y sincero posible al responder, nadie

juzgará tus respuestas, y de no entender algún reactivo puedes preguntar al respecto". La duración de la prueba depende de la capacidad y rapidéz lectora de cada sujeto, así como de otros factores como motivación, atención, edad, etc. pero tiene una aplicación aproximada de una hora y media.

- **CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA**

La calificación de la prueba puede ser de manera computarizada o de manera manual. En la computarizada únicamente se trasladan las respuesta (V o F) de todos los reactivos en orden, en un programa establecido que las recaptura; posteriormente el programa establece las puntuaciones de Validez, Básicas, de Contenido y Suplementaria de cada escala correspondiente a cada una, así como la interpretación de las mismas.

Mientras que en la calificación manual se utilizan plantillas que corresponden a la respuestas F o V de cada reactivo que competen a cada una de las escalas (de validez, básicas, de contenido y suplementarias) y se cuentan el número de reactivos de cada una. Posteriormente, a grandes rasgos, se grafican los números de reactivos obtenidos en las hojas determinadas para obtener el perfil de personalidad del paciente en escalas básicas, de contenido y suplementarias. Dicho perfil és el resultado de la esfera de rasgos de personalidad que posee el sujeto de acuerdo a sus respuestas. Finalmente para la interpretación, se toman en cuenta aquellas escalas que se encuentren fuera del rango normal o consideradas predominantes en el perfil de paciente, a manera de hacer una interpretación lo más integral posible, en donde las características de cada escala se encuentran descritas en los manuales correspondientes.

6.4 TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER (DFH)

Es un test que consiste en describir diferentes rasgos de personalidad del sujeto a través del dibujo de una persona (hombre y mujer). A través del dibujo de la figura humana, la persona proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico tanto psicodinámico como nosológico (Portuondo, 2012). Pertenece al conjunto de las denominadas técnicas proyectivas en las que la persona no tan sólo se limita a efectuar un simple dibujo sino que se espera que plasme de forma indirecta, la esencia de su propia personalidad.

El test se crea en 1952 por Karen Machover bajo la influencia de otras figuras de las técnicas proyectivas quienes consideraban al dibujo una forma expresiva fundamental del mundo interno del sujeto. Las Técnicas Proyectivas son instrumentos de la Psicología para el estudio de las cualidades del sujeto; tradicionalmente sustentadas por distintos enfoques psicoanalíticos basados principalmente en el mecanismo de la proyección (Veccia, 2014). Y aunque existen diferentes debates en torno a la validez y confiabilidad de las técnicas o pruebas proyectivas, actualmente su uso sigue presente en el campo de la evaluación psicológica, principalmente clínica y laboral.

- **USO DE LA PRUEBA**

El test de la Figura Humana, se utiliza para describir distintos rasgos o características de la personalidad que el sujeto puede proyectar de sí mismo a través de las características del dibujo de dos personas (hombre y mujer). También se pueden obtener ciertos indicadores para la presencia de enfermedad mental o daño orgánico en el sujeto. Puede ser aplicada a partir de los 5 años en adelante.

- **DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA**

Consta de dos hojas de papel en blanco y un lápiz.

- **APLICACIÓN DE LA PRUEBA**

Se pide al sujeto que se siente frente a la mesa de manera cómoda. Se le entrega una hoja blanca, un lápiz y una goma. Se le pide que dibuje una persona, como el que quiera siempre y cuando sea producto de su mente, no un personaje de caricatura o de algún programa de televisión. Una vez que termina se le pide que en la parte de atrás de la hoja escriba una breve historia de dicha persona que dibujó. Cuando termina, se le entrega otra hoja blanca y se le pide que dibuje a una persona del sexo opuesto a su dibujo previo. La prueba tiene una duración muy corta, es bastante rápida en su aplicación.

- **CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA**

La interpretación de esta prueba se encuentra relacionada con diferentes características del sujeto que la realizó como son sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad. La figura dibujada es en cierto modo una representación proyectiva de la propia personalidad y del papel que ésta desempeña en su medio ambiente (Portuondo, 2012).

Las características de los rasgos físicos del cuerpo dibujado (tamaño, postura, omisión, distinción etc.) son esenciales a tomar en cuenta para su interpretación y son bastantes, algunos ejemplos son: cabeza (localización del Yo), cara y ojos (comunicación social), expresión facial (confianza), boca (satisfacción personal) nariz (simbolismo sexual), manos (adaptación social), tronco (identificación sexual) entre otras. También se considera para su

interpretación la vestimenta de la figura, si se encuentra en movimiento, el fondo, la postura, el tamaño, colocación, tipo de línea, sucesión, tema, simetría, entre otros.

Cada uno de estos elementos contienen una interpretación de trasfondo en el sujeto a evaluar, y existen diferentes manuales basados en la teoría de Karen Machover que proveen las características e interpretación de cada uno de dichos elementos para una mejor integración, ya que muy son variadas dependiendo de la forma. También existen conjuntos de características establecidas que se pueden observar de acuerdo a las clasificaciones de trastornos mentales o enfermedades mentales, por ejemplo, en una persona con esquizofrenia, predominan rasgos como: dientes destacados en la boca, cuello largo y delgado, omisión de brazos, transparencias, secuencia desordenada, perfiles, líneas desvanecidas, figura muy pequeña o simple, ojos vacíos, garabatos, etc.

Por último para cerrar el apartado de las pruebas psicológicas y citando a Aragón (2015):

“Es importante señalar que el psicólogo que va a aplicar una prueba debe estar familiarizado con las instrucciones, con el manejo adecuado y correcto de los materiales de la prueba, con la forma de aplicarla, con las condiciones ambientales apropiadas para ello, con el establecimiento del rapport; pero sobre todo debe estar bien capacitado y haber tenido un buen entrenamiento en la práctica de calificar las pruebas y en la manera de interpretar correctamente los resultados de las personas evaluadas”. p. 75.

RESULTADOS OBTENIDOS

Dentro de la prestación del Servicio Social, realicé la evaluación psicológica clínica completa de 42 pacientes femeninas entre las edades de 18 y 59 años internadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, diagnosticadas con algún trastorno mental, más 23 entrevistas iniciales sin batería de pruebas psicológicas. El trabajo en grupo con las pacientes en las actividades previamente descritas se realizaba diario con un aproximado de 15 pacientes en cada actividad, medida que iba variando de acuerdo al mes y las pacientes que ingresaban. Mientras que el trabajo con familiares que se realizaba cada semana variaba de acuerdo a la asistencia de los mismos, con un aproximado de 12 familiares por sesión.

A continuación se exponen tres casos clínicos de pacientes a quienes les realicé una evaluación psicológica clínica completa, una de las habilidades que mejor desarrollé a lo largo de mi estancia en el Hospital, ejemplificando así el trabajo que llevé a cabo con el resto de las 39 pacientes evaluadas durante los 6 meses que duró mi Servicio Social. Elegí desarrollar estos casos en particular ya que en cada uno de ellos el trabajo desde el área de psicología en términos de evaluación, colaboró de manera especial para el correcto diagnóstico de las pacientes, demostrando así la importancia y la diferencia que nuestra labor como psicólogos puede hacer sobre el diagnóstico oportuno de las mismas, para después poder otorgarle a la paciente un tratamiento adecuado. Posteriormente describiré el resto de habilidades, competencias y aprendizajes profesionales que obtuve durante la realización del mismo.

PACIENTE #1

▪ **ANTECEDENTES**

Femenina de 49 años de edad, originaria y residente de Cuautla, Morelos, ama de casa, casada, católica, con escolaridad de secundaria trunca. Cuenta con antecedentes de ser un tanto tímida e insegura desde su niñez, con dificultad para relacionarse con los demás y un tanto solitaria, casándose muy joven, a los 14 años y teniendo dos hijas posteriormente.

Inicia su padecimiento actual hace alrededor de 20 años, 13 años posteriores al nacimiento de su segunda hija, con errores de juicio y conducta, alucinaciones auditivas e ideas homicidas principalmente contra su hija menor (querer ahogarla y ahorcarla). La paciente refiere no recordar muy bien cómo comenzó, pero su familiar refiere aislamiento de su familia, despersonalización, desinterés en las actividades del hogar y en lo que implicaba su autocuidado y el de sus hijas. La paciente refiere que escuchaba voces constantemente de un demonio, que le decía que hiciera cosas malas como pegarle a sus hijas y matar a su hija menor. Al inicio de dicha sintomatología acude a valoración psiquiátrica en un Hospital en su lugar de origen, donde es internada, teniendo un buen apego al tratamiento (sin recordar cuál era) y remitiendo síntomas en los siguientes meses.

Posterior a dicho evento, pasan alrededor de 5 años sin ninguna aparición de sintomatología, hasta que comienza a dejar el tratamiento farmacológico, refiere su familiar, por sentir que estaba curada, volviendo a presentar la sintomatología antes mencionada incluyendo risas sin motivante alguno, conductas pueriles, y saliendo de su casa sin razón alguna, teniendo que ir su hija a buscarla para regresarle a su hogar. Es llevada a valoración en esta Institución, con un nuevo tratamiento farmacológico que refiere no recordar.

Continua con remisión de los síntomas pero poca adherencia al tratamiento, regresando a ser internada en esta Institución dos veces más intermitentemente en los 6 años siguientes.

Hace 9 años su hija menor muere, por lo que la paciente refiere presentar sintomatología de nuevo, continuando con tratamiento para el mismo y con buena adherencia. Una semana previa a su ingreso la paciente y su familiar refieren que comenzaba a presentar desinterés en su higiene y actividades del hogar, aislarse de su esposo, presentar ideas suicidas parcialmente estructuradas, afirmando querer aventarse del techo, llanto, y anhedonia, por lo que es traída a valoración en Urgencias, donde se decide su ingreso.

▪ **MOTIVO DE INTERNAMIENTO**

Presentar ideas de muerte y suicidas parcialmente estructuradas.

▪ **ENTREVISTA INICIAL**

Realicé la entrevista 5 días posteriores a su ingreso a hospitalización, el día 13 de Septiembre de 2014, a las 10am. A continuación se anexa el reporte de la misma, tal y como se entregó en el Hospital:

13/09/14 10:00am

NOTA DE ENTREVISTA INICIAL PSICOLOGÍA

*Se trata de G.S.M. femenino de 49 años de edad, con Dx de **Esquizofrenia paranoide**. Originaria y residente de Cuautla, Morelos, ama de casa, casada, católica, fecha de nacimiento 15/09/1964, con escolaridad de secundaria trunca. Cursa su cuarta hospitalización en esta Institución por presentar ideas de muerte y suicidas.*

Se trata de paciente femenina quien responde al nombre de G.S.M., se encuentra terminando la actividad de asamblea cuando se le aborda con el propósito una entrevista. Se observa a la femenina de edad aparente similar a la cronológica, aparentemente íntegra, constitución endomórfica, viste ropa hospitalaria en regulares condiciones de higiene y de aliño. No se observan alteraciones en la marcha y/o movimientos anormales, sin facies características. Se encuentra orientada en persona, tiempo, espacio y parcialmente en circunstancia. Se mostró accesible durante toda la entrevista. Actitud cooperadora y alerta, establece contacto visual con el entrevistador, se muestra con afecto apropiado y ánimo disminuido. Lenguaje en tono y volumen disminuidos, con velocidad adecuada. Discurso concreto, coherente y congruente, llega a metas sin ayuda. Forma de pensamiento aparentemente realista, dentro del contenido niega alteraciones en la sensopercepción y no las impresiona. Niega ideas de muerte, suicidio u homicidio actuales. Juicio dentro del marco de la realidad. Parcial consciencia de enfermedad. Parcial proyección a futuro

Refiere como motivo de hospitalización "empecé a sentirme mal otra vez, casi no dormía, deje de comer, de bañarme y no hacía las cosas del hogar que debía hacer, me daba miedo empezar a oír voces otra vez" sic pac.

La paciente refiere tener una hija de 35 años, y vivir con su esposo, en Cuautla, Morelos. Se describe como una persona con una enfermedad que la hace propensa a escuchar voces, a tener ansiedad, a sentirse muy mal constantemente, triste y desesperada, fuera de sí misma, presionada por las actividades del hogar, y a veces desinteresada de todo. Afirma que su autoestima ha bajado mucho durante los últimos internamientos que ha cursado, ya que afirma sentir que cada vez que le da un "episodio" (recaída) es peor, y sentir que ya no puede manejar su enfermedad. Se refiere a sí misma como alguien débil, con muchas inseguridades, con poco carácter, con baja

tolerancia a la frustración y a quien le cuesta mucho trabajo tomar decisiones **"a veces siento que mi familia me sobreprotege mucho por lo que tengo, y a veces quisiera que me dejaran tomar mis decisiones aunque me cueste elegir una, porque me mal acostumbran a no tomar el curso de mi vida desde que me enfermé, y me hacen sentir como si no pudiera hacerme cargo de mí misma"** sic pac. G.S.M afirma llevar 20 años con este padecimiento, y refiere haberlo iniciado alrededor de los 29 años. Después de platicar por un rato sobre sí misma, su relación con su esposo y su hija, la paciente comienza a hablar de su hija menor fallecida a los 24 años, quien sufría una discapacidad mental (Síndrome de Down) llegando al punto de afirmar haberla estrangulado hace 9 años. Refiere no recordar de manera clara lo que sucedió, solo que las semanas anteriores a dicho evento se había sentido mal de nuevo, escuchando voces aunque no constantemente; ese día estaban solas en la casa, ambas platicando, y una voz comenzó a repetirle de manera constante que la matara, que tenía que hacerlo y sólo recuerda tener sus manos alrededor de su cuello y sentir que su hija ya no respiraba **"solo escuchaba "mátala", todo el tiempo, ya no aguantaba más (...) tengo una culpa y una tristeza tan grande por esto que pasó, mi otra hija y la psicóloga con la que a veces voy me han dicho que me perdone, que fue un episodio de mi enfermedad del que no podía tener control en ese momento pero de cualquier modo yo lo hice, yo la maté, fue mi culpa (...) no lo he superado y por eso también creo que tengo una tristeza todo el tiempo, que no se quita nunca y no se quitará (comienza a llorar)"** sic pac. La paciente afirma haber pasado 6 años en el reclusorio por el asesinato de su hija, con poca medicación para su enfermedad durante dicha estancia. G.S.M. presenta parcial consciencia de enfermedad, y afirma querer buscar un tratamiento psicológico a la par de su tratamiento farmacológico.

Presenta parcial proyección a futuro, ya que afirma que con este nuevo medicamento que le han administrado desde su ingreso se ha sentido mucho

mejor por lo que cree que no debería tener más episodios de recaídas, aunque no parece segura de ello. Refiere ya no presenta ideas de muerte y sentirse con más energía, por ende considera poder buscar un trabajo al salir "quisiera poder hacer mis cosas, ayudarle a mi hija con su casa los fines de semana, lo único que me da miedo es que me vuelva a pasar un episodio como lo de mi hija pero con mis nietos, y les vaya a hacer daño cuando estoy sola con ellos" sic pac.

G.S.M. ha mostrado poco interés en las actividades de psicología, interactúa muy poco con sus compañeras y prefiere estar sola aunque afirma llevarse bien con las mismas y sentirse mucho más tranquila y estable en comparación de los primeros días después de su ingreso.

Esta entrevista fue particularmente significativa ya que la paciente refirió un acontecimiento en su vida extremadamente importante, el asesinato de su hija, evento que tanto ella como su hija omitieron en el historial clínico actual de la paciente, y evento del que su médico psiquiatra tratante no tenía conocimiento alguno, ya que la paciente no se lo había revelado durante las entrevistas previas con él. Inmediatamente de la entrevista se me indicó llevar la Nota a su médico tratante para informarle al respecto, quien se puso en contacto con su hija vía telefónica para corroborarlo, misma que afirmó haberlo ocultado a petición de su madre como condición para internarse.

▪ **INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Una vez que se esclareció dicha información, su médico tratante realizó una interconsulta para la aplicación de pruebas psicológicas de personalidad y de percepción visomotora (únicamente rasgos cualitativos). Las pruebas se las realicé al día siguiente, siendo aplicadas en un solo día, de manera sencilla y

cooperadora por parte de la paciente. A continuación se muestra la interpretación de las mismas tal y como se anexó en su expediente:

14/09/14. 11:00

INTERPRETACIÓN Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Durante la aplicación del Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, la paciente se mostró cooperadora; realizó la prueba en un tiempo promedio, (diestra). El análisis cualitativo de la misma indica que la paciente parece ser una persona tímida, con inestabilidad en las relaciones sociales las cuales tienden a ser superficiales y casi no tiene contacto con su medio externo. Presenta rasgos de ansiedad por lo que sus defensas son débiles y tiene funciones intelectuales deficientes. Trata de reprimir la agresión, pero termina dejando salir con facilidad en ciertos impulsos. No existe un equilibrio entre el ello y yo, teniendo defectos en el contacto con la realidad y por lo tanto podría contar con inmadurez y regresión emocional. La parte afectiva está separada del yo, no tiene un control del mismo por lo que evade estímulos afectivos y tiene una inconsistencia en la manifestación de necesidades y afectos. Cuenta con un yo desvalorado o pobre y una necesidad de compensación por alguna limitación o carencia.

*En el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 la paciente presenta un perfil con puntajes distribuidos por debajo de la media, en un protocolo válido, siendo las Escalas Básicas de **HIPOMANIA (9)**, **ESQUIZOFRENIA (8)**, y **PARANOIA (6)** siendo las que mejor describen a la paciente. Las escalas de validez sugieren que la paciente tiende a mostrarse mejor psicológicamente de lo que realmente está. Posiblemente es muy crítica e insatisfecha consigo misma. Se muestra un tanto ineficiente al enfrentar los problemas en su vida diaria, y posiblemente tiende a poseer poco*

conocimiento de sus propias motivaciones y conductas. Socialmente conformista y tiende a ser exageradamente sumisa con la autoridad. Inhibida, retraída y superficial, con un ritmo personal lento. Posiblemente muy torpe socialmente y franca, sin embargo bastante suspicaz sobre las motivaciones de las demás.

De acuerdo a las escalas mencionadas se sugiere que la paciente presenta una autoevaluación irreal, con frecuencia no concluye sus proyectos, puede ser creativa e ingeniosa pero poco interés en la rutina; tiende a aburrirse e impacientarse fácilmente, además de presentar baja tolerancia a la frustración. No se siente parte del ambiente social, incomprendida y apartada, con sentimientos crónicos de inseguridad, inadecuación e inferioridad, y tiende a ser, demasiado indecisa. Puede ser reservada y solitaria. Evita enfrentarse con personas y situaciones nuevas; tímida, alejada, no comprometida. Tiende a reaccionar a la tensión aislándose en ensoñaciones y fantasías, e incluso tiende a tener dificultad en separar algunas veces la realidad de la fantasía. Presenta dificultad en expresar sus sentimientos; se siente incompetente, llena de dudas de sí misma, posiblemente tendencia a la depresión. Muestra una preocupación y confusión del papel sexual, por lo que la paciente puede compensar estas dudas a través de fantasías sexuales abundantes; presenta inmadurez e impulsividad. Presenta objetivos vagos y abstractos. Es suspicaz, desconfía de los demás y evita los vínculos emocionales profundos. Tiene deficiencias graves en las habilidades sociales y se siente más cómoda cuando está sola.

Posiblemente con frecuencia la paciente se preocupa por asuntos abstractos o teóricos, del pasado o futuro, excluye los aspectos específicos y concretos de su situación de vida presente. Las defensas efectivas parecen estar ausentes, y es muy propensa a la constante preocupación y angustia. Es amable, generosa y cooperadora aunque carece de autoconfianza, y parece preferir una situación de vida sin cambios y sin riesgos. Muestra actitudes negativas hacia tratamiento médico y no cree que alguien pueda llegar a ayudarla, prefiriendo darse por

vencida que enfrentarse a las crisis o dificultades. Se sugiere que la paciente puede llegar a presentar procesos de pensamiento psicótico, alucinaciones o pensamientos extraños particulares.

Durante la aplicación del Test de la Figura Humana de Karen Machover, la paciente se mostró cooperadora, realizó las figuras con rapidez, sin ser meticulosa en la elaboración. De acuerdo al análisis cualitativo, G.S.M. presenta un posible conflicto con la identificación sexual al igual que intento de compensación por una sexualidad inadecuada o una confusión en los roles sexuales. Puede ser una persona indecisa, con rasgos paranoides, agresiva, que tiene una habilidad pobre para manejar impulsos racionalmente, presenta inmadurez y sentimientos de inferioridad. Tiene un pobre control de la realidad, y una necesidad por hallar apoyo en el ambiente, pero éste lo percibe como agresivo. Tiene una tendencia a evitar tareas complejas, por sensación de no poder lograrlas. La paciente podría temer no haber logrado el suficiente grado de identidad y como resultado no le es posible proyectar ni si quiera en la imagen del sexo opuesto las temidas características que cree posibles adquirir; probablemente identificándose más con el sexo opuesto que con el suyo.

Una vez que las pruebas psicológicas fueron aplicadas, los resultados arrojados y la interpretación establecida, se confirmó el diagnóstico de Episodio Depresivo, aunado a su diagnóstico previamente establecido de Esquizofrenia Paranoide, cambiando el tratamiento farmacológico de la misma, y resaltando que este ingreso a Hospitalización en particular no era debido a su padecimiento de Esquizofrenia, sino a una depresión proveniente de una mala resolución y duelo de dicho evento traumatizante para la paciente, siendo que se acercaba la fecha del fallecimiento de su hija. La evaluación psicológica permitió dar cuenta no solo del acontecimiento clave con la paciente, sino de explicar la sintomatología real que presentaba, ya que aunque la paciente tiene

historial de esquizofrenia paranoide diagnosticada, lo síntomas que impresionaba no provenían enteramente de una recaída por la misma, sino los de una depresión en proceso. Debido al poco tiempo que la paciente estuvo internada, no se pudo realizar otra entrevista formal de seguimiento, sin embargo hubieron distintas señales que mostraban que la paciente iba mejorando, como mayor participación en las actividades de psicología, con mejor respuesta y motivación en las mismas, más interacción con sus compañeras de piso y con las psicólogas. Se le notaba más tranquila y con mejor ánimo, respondiendo al saludo o a pláticas breves que establecíamos en el pasillo, afirmando empezar a sentirse como ella misma y decidida a ir a terapia psicológica al salir de dicha Institución para manejar las secuelas y el duelo derivadas de tal evento. Se le informó a su hija la importancia de continuar asistiendo a pláticas de orientación con su padre para concientizarse de las necesidades y posibilidades de optimizar la convivencia con su familiar, facilitando y afianzando la adherencia al tratamiento de la misma, evitando las posibilidades de recaídas, disminuyendo la cronificación y propiciar así la independencia y autonomía de su familiar, la cual ha ido perdiendo con el tiempo por sobreprotección de los mismos.

PACIENTE #2

▪ ANTECEDENTES

Femenino de 36 años de edad, originaria y residente del D.F., sin ocupación actual, soltera, católica, con escolaridad de carrera técnica trunca en enfermería. Cuenta con el antecedente desde la adolescencia de presentar sentimientos constantes de tensión emocional y ansiedad, con una creencia de ser socialmente incapaz de realizar tareas (como trabajar), de carecer de atractivo y sentirse inferior a los demás, con una preocupación excesiva a ser

rechazada y evitando tener relaciones interpersonales por miedo a no ser aceptada o criticada, lo cual le ha generado disfunción familiar, social y laboral.

Inicia su padecimiento actual hace 10 años tras el nacimiento de su hijo, cursando con tristeza, anhedonia, irritabilidad, insomnio intermitente, ideas homicidas contra su hijo, con conducta de riesgo (como tratar de ahorcarlo), por lo que su familia refiere acudió a valoración a esta Institución en donde se le inició un tratamiento, el cual afirma no recordar, separándola de su hijo durante un año, continuando con un seguimiento de mal apego al tratamiento, aunque remisión completa de los síntomas, por lo que posteriormente, a decir de su familiar, la paciente convive con su hijo sin inconveniencia.

Tres meses previo a su ingreso, tras un evento en el sistema de transporte colectivo Metro (su hijo se queda en el andén de la estación y no alcanza a subirse al tren), inicia con ansiedad, llanto fácil, miedo a perder el control, miedo a salir a la calle e insomnio global, cursando así durante una semana. Posteriormente se agregan pensamientos intrusivos de forma reiterada los cuales la paciente reconoce que se encuentran en su mente, caracterizados por ideas de tener relaciones sexuales con mujeres y niñas, así como de ir a la calle a mirarles los genitales, nalgas y senos, lo cual le genera ansiedad constante y le son desagradables intentando resistirse a ellos sin éxito. Por tales motivos refiere que acude a consulta externa en esta Institución donde se le provee de un tratamiento farmacológico, risperidona (antipsicótico) y fluoxetina (antidepresivo), sin presentar mejoría de sus síntomas y con irregular apego al tratamiento.

15 días previos al ingreso a Hospitalización Continua, refiere que se exacerban ideas obsesivas previamente mencionadas, agregándose distraibilidad, con sensación de despersonalización, así como aumento de la ansiedad que le condiciona autoagresiones (pegarse con las palmas de las manos en la cara);

además de errores de juicio y conducta (arrastrarse en el suelo, y nombrar a sus familiares ya fallecidos), por tales motivos acude a CECOSAM Iztapalapa, donde le agrega a su tratamiento previo alprazolam (ansiolítico) sin mejoría de los síntomas de ansiedad y refiriendo empeoramiento de los mismos.

Un día previo a su ingreso, se exacerbaban ideas obsesivas tipo sexuales presentándose de forma repetitiva durante todo el día, refiriendo aumento de la libido al comentar querer tener relaciones sexuales con sus hermanos, sin poder resistirse a los impulsos de mirar a mujeres en sus genitales, por lo que presenta ideas de muerte y suicidas, parcialmente estructuradas (consistiendo en querer tomarse pastillas o ahorcarse). Por tales motivos es traída a valoración en Urgencias donde presenta irritabilidad, errores de juicio y conducta, como tirarse al piso y arrastrarse, así como posteriormente dar brincos, actuar de forma pueril y pegarse en la cara y muslos con sus manos. Es ingresada entonces a Observación, para posteriormente internarla en Hospitalización Continua.

▪ **MOTIVO DE INTERNAMIENTO**

Ideas de muerte y suicidio semiestructuradas. Errores de juicio y conducta. Autoagresiones. Ansiedad generalizada.

▪ **ENTREVISTA INICIAL**

Realicé la entrevista siete días posteriores a su ingreso al piso, el día 15 de Diciembre de 2014 a las 10 am. A continuación se muestra la nota reportada de la misma tal y como se entregó al Hospital:

15/12/14 10:00

NOTA DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Se trata de S.E.N, femenino de 36 años de edad, con posible Dx. de Tr. OBSESIVO COMPULSIVO. Originaria y residente del D.F., fecha de nac. 24/06/1978, soltera, católica, con escolaridad de carrera técnica en enfermería trunca, sin ocupación actual. Cursa su primera hospitalización en esta Institución por haber presentado autoagresiones, ideas de muerte y suicidas, y errores de juicio y conducta, y ansiedad generalizada.

Se trata de paciente quien responde al nombre de S. se encuentra caminando en el pasillo, atiende bien al saludo y pasa al consultorio de psicología con el propósito de realizar una entrevista. Se observa a la femenina de edad aparente similar a la cronológica, aparentemente íntegra, constitución mesomórfica, viste ropa hospitalaria en buenas condiciones de higiene y de aliño. No se observan alteraciones en la marcha y/o movimientos anormales, sin fascies características. Se encuentra orientada globalmente. Se mostró alerta y accesible durante toda la entrevista. Actitud cooperadora, al inicio establece contacto visual con el entrevistador aunque por momentos le cuesta trabajo sostenerlo. Se muestra con afecto apropiado y ánimo eutímico. Lenguaje en tono y volumen adecuados, velocidad disminuida. Discurso espontáneo, coherente y congruente, sigue línea directriz y llega a metas sin ayuda. Dentro del contenido del pensamiento no se encontraron alteraciones. Niega alteraciones en la sensibilidad y no las impresiona. Niega ideas de muerte, suicidio y homicidio actuales. Juicio conservado. Parcial consciencia de enfermedad. Parcial proyección a futuro.

Refiere como motivo de hospitalización "estaba muy ansiosa porque todo el tiempo tenía pensamientos sobre las mujeres, sobre como se veían y se arreglaban, sobre su cuerpo y lo atractivas que eran, no podía dejar de

pensar en eso y cuando salía no podía dejar de verlas morbosamente, hasta llegué a pensar que me gustaban, pero ya era insoportable” sic pac.

La paciente refiere vivir con su madre y sus hermanos aquí el D.F. Afirma que hace 10 años sufrió una depresión muy fuerte tras el nacimiento de su hijo por lo cual recibió tratamiento farmacológico. Refiere que los años siguientes se sintió muy bien, hasta hace cuatro meses que sucede un incidente en el metro donde su hijo se quedó en la estación mientras ella abordó el mismo “sentí mucho miedo, sentí que me moría, empecé a llorar como loca hasta que pararon el metro y regresé con mi hijo (...) luego de eso empecé a tener esas ideas de las mujeres, me cortaba y me pegaba por la desesperación de no poder sacarlas de mi mente, no podía dormir, no quería salir a la calle porque no dejaba de verlas, no sentía mi mente en su lugar, no podía hacer otra cosa más que pensar morbosamente en ellas, y no se por que si no soy lesbiana, por eso quería morirme ya” sic pac. La paciente afirma haber sido siempre una persona muy tímida y reservada, afirma haber tenido una infancia muy triste, ya que su padre era muy estricto, apartado y agresivo, golpeándola en diferentes ocasiones, siendo su madre su único consuelo y muestra de afecto. A lo largo de la entrevista se mostró particularmente preocupada por afirmar que no le gustaban las mujeres, refiriendo su gusto por hombres, hablando superficialmente de las dos relaciones de pareja destructivas que ha tenido, hasta su última relación afectiva con el padre de su hijo quien era casado y terminó por abandonarla, no quiso entrar en más detalle al respecto. S.E.N. afirma que desde su ingreso a hospitalización las ideas obsesivas referentes a mujeres han disminuido, así como la ansiedad, desesperación y tristeza “ya me siento mejor, ya casi no he tenido esas ideas de las mujeres, antes ni podía salir a la calle o estar cerca de ellas ni verlas porque empezaba a pensar en lo que le dije, pero ya se me está quitando, me empiezo a sentir otra vez como antes, ya puedo convivir con ellas porque no son constantes esas ideas” sic pac. La

paciente admite que esas ideas se encuentran dentro de su mente, y no son provocadas por estímulos externos ya que las presentaba aún sin que hubiesen mujeres cerca de ella; refiere que quisiera saber de dónde provienen o por qué las presenta pero principalmente quisiera afirmarse a sí misma que su identidad y preferencia sexual no se encuentran comprometidas por dichas ideas "no soy lesbiana, quiero resaltar eso porque siempre he andado con hombres, estas ideas no me hacen lesbiana" sic pac.

S.E.N. presenta parcial proyección a futuro, afirma conformarse con regresar a sus actividades cotidianas y si sigue sintiéndose bien, conseguir un trabajo "me da miedo perder la razón, que vuelvan a aparecer estas ideas de las mujeres y todo lo que sentía, solo quiero poder llevar a mi hijo a la escuela y ser como era antes, estar bien" sic pac. Durante su estancia en la sección se ha mostrado poco interesada en las actividades de psicología, ya que sólo ha asistido a una de las mismas, además de que durante dicha actividad grupal se mostró muy tímida, poco motivada y distante de las compañeras. Afirma tener buena interacción con todas sus compañeras, aunque ninguna cercana. Se estará al pendiente de su evolución clínica.

▪ **INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Para esta paciente su médico tratante ordenó una interconsulta con el área de Psicología para aplicar una batería completa de estudios psicológicos con el objetivo confirmar el diagnóstico, dar cuenta de si pudiese existir la presencia de algún otro y principalmente para conocer y entender la personalidad de la paciente, ya que resultó ser un caso único e inusual en el Hospital. La aplicación de las pruebas fue sencilla, la realicé en dos días, y la paciente se mostró cooperadora y motivada al realizarlas, afirmando que prefería estar con su mente ocupada que únicamente sentada en su cama. A continuación se

muestra el reporte de la interpretación de las mismas tal y como se entregó al Hospital:

19/12/14 11:00

INTERPRETACIÓN Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

En el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, la paciente (diestra) se mostró alerta y cooperadora, realizó las figuras con rapidez. Presenta una secuencia metódica o lógica, lo cual indica flexibilidad y un funcionamiento conservado en la planeación. El uso del espacio es un tanto costreñido, lo cual es indicativo de aislamiento, pasividad, timidez, represión de impulsos, y reducción o dificultad de adaptación a situaciones nuevas. La línea que presenta es débil, lo cual puede referir inhibición de la agresión, timidez y ansiedad. De acuerdo al análisis cualitativo de la prueba, S.E.N. presenta necesidad de perfeccionismo, tendencias a depresión, dificultad en la adaptación y en la formación de situaciones que deben ser objetivas o impersonales, situaciones afectivas muy dependientes y una fuerte represión de afectos.

No se encontraron indicadores de daño orgánico. Su memoria visual inmediata se encuentra CONSERVADA en un 55% ya que solo logró reproducir 5 de los 9 estímulos que conforman la prueba.

*En la Escala de Inteligencia para Adultos de David Wechsler WAIS IV la paciente mostró una actitud cooperadora y alerta. De acuerdo al análisis cuantitativo, S.E.N. comparada con personas en su rango de edad, está funcionando en un rango **MUY BAJO** con una medida estandarizada de **CI DE 69**. En la Escala Verbal obtiene un CI de 68 en un funcionamiento **MUY BAJO** y en la Escala de Ejecución presenta un CI de 76 en un desempeño **LIMITROFE**. No se observa una diferencia significativa entre ambas escalas.*

*De acuerdo a los puntajes obtenidos en el dispersigrama de la paciente, se pueden observar puntajes ubicados por debajo de la media, presentando como mayor puntaje los subtests de **SUCESIÓN LETRAS Y NÚMEROS** y **DIGITOS Y SIMBOLOS-CLAVES**, sugiriendo que la paciente conserva algunas funciones como memoria mecánica, atención, memoria auditiva, memoria a corto plazo, secuenciación auditiva, cierta coordinación y destreza visomotora, velocidad psicomotora, y habilidades de asociación.*

*Con puntajes más bajos se encuentran los subtest de **COMPRESION** e **INFORMACION**, lo cual implica amplitud de información deficiente, memoria a largo plazo deficiente, baja orientación hacia el logro, tendencia a renunciar fácilmente, juicio social deficiente, pensamiento demasiado concreto, dificultad para expresar verbalmente sus ideas, y fracaso al tomar responsabilidades personales.*

*En el **Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2** la paciente, presenta un perfil con puntajes distribuidos por encima y por debajo de la media, en un protocolo válido, siendo las Escalas Básicas de **ESQUIZOFRENIA (8)**, **PARANOIA (6)** y **PSICASTENIA (7)** las que mejor describen a la paciente. Las escalas de validez sugieren que la paciente presenta fuerte necesidad y suplica de ayuda, mal funcionamiento del yo, problemas poco usuales, autodevaluación, y sentimientos propios de neurosis o psicosis en proceso. Presenta un concepto inadecuado de sí misma, empobrecido y lleno de insatisfacciones en relación con sus habilidades, además de defensas inadecuadas. Puede ser demasiado crítica de sí misma y de los demás, cínica y escéptica, así como presentar episodios de pánico.*

La combinación de escalas antes mencionada, sugiere que la paciente posiblemente presenta alteraciones del pensamiento y conductas excéntricas, con posible inicio de psicosis. Tiende a aislarse socialmente, tener un contacto con la realidad muy pobre y manifestar tendencias delirantes. La paciente

puede ser violenta y resentida, puede proyectar culpa y críticas constantes, ser hostil y suspicaz, presentar rigidez y obstinación, y tendencia a interpretar mal las situaciones sociales. Puede ser insegura, preocupada, ansiosa, aprensiva y tener miedo al fracaso. Puede manifestarse muy meticulosa e indecisa, moralista, tensa e infeliz. Posiblemente puede presentar labilidad emocional, negar relaciones interpersonales adecuadas y adoptar una actitud cínica con la gente. Se muestra introvertida, tímida y cautelosa, así como irritable y malhumorada, con poca confianza en si misma, llegando a ser sumisa.

En cuanto a las escalas de contenido y suplementarias se encontró que la paciente presenta angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios; tiende a ser inhibida, con un control exagerado de los impulsos. Presenta incapacidad para tomar decisiones y puede perturbarse fácilmente en situaciones sociales. S.E.N. manifiesta inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión del medio ambiente. Puede tener un pobre concepto de si misma y dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas; se muestra poco enérgica y fácilmente puede dejarse sugestionar por otros individuos. Presenta tendencia a reflexionar excesivamente sus puntos de vista y problemas, de manera que quienes la rodean se impacientan. Es posible que tener que hacer cambios le resulte angustiante y puede llegar a mostrar conductas compulsivas o repetitivas; puede preocuparse excesivamente y sentirse abrumada por sus propios pensamientos. Presenta sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro o desinterés en la vida; posiblemente este intranquila, llora fácilmente y se siente sin esperanza; se siente muy inquieta en torno a otros, por lo que prefiere estar sola. La paciente presenta actitudes negativas hacia médicos y profesionistas de la salud mental; no cree que alguien o algo pueda ayudarla. Puede desear no cambiar nada en su vida, ni sentir que el cambio sea posible.

prefiriendo darse por vencida que enfrentarse a las crisis o dificultades. Presenta rechazo a psicoterapia.

Durante la aplicación del Test de la Figura Humana de Karen Machover, S.E.N. (diestra) se mostró cooperadora y realizó las figuras rápidamente. De acuerdo al análisis cualitativo, se encuentra que la paciente presenta un posible conflicto con la identificación sexual al igual que intento de compensación por una sexualidad inadecuada o una confusión en los roles sexuales. Manifiesta timidez, inseguridad, insatisfacción, poca energía, pasividad, poco esfuerzo en todos los sentidos, poca ambición, coquetería, depresión, posible neurosis, y socialmente reprimida. Muestra femineidad, oralidad y dependencia, y conciencia de la necesidad de controlar sus impulsos. Posibles indicios de agresión infantil y rasgos infantiles e inmaduros, así como intentos por mantener una imagen fina, delicada y adecuada de sí misma. Manifiesta insuficiencia sexual y preocupación constante por la misma.

La Evaluación Psicológica a ésta paciente fue exitosa ya que después de la misma se confirmó el Dx de *Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de pensamientos obsesivos*, descartándose también la presencia de un trastorno de ansiedad generalizado, trastorno que su médico tratante sospechaba que pudiese únicamente presentar. Se completó información relevante acerca de su personalidad en su expediente para un tratamiento más integral y para necesidades futuras, además de la especificación a sus familiares de la necesidad urgente de tratamiento psicoterapéutico con la paciente para el manejo de ideas invasivas, aunado al farmacológico. Posterior a la aplicación de las pruebas y a la primera entrevista la paciente comenzó a acercarse más al área de psicología y a abrirse especialmente con la prestadora del servicio social; se acercó a otras dos entrevistas de seguimiento, las cuales no pude reportar de forma escrita por indicaciones de mi asesora en el Hospital de reportar primero las entrevistas iniciales del

resto de las pacientes ingresadas ese mes. Sin embargo en ambas entrevistas de seguimiento la paciente se mostró más tranquila, refiriendo que los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas como observar los genitales de sus compañeras, se estaban extinguiendo. Profundizó en la relación que tuvo con el padre de su hijo, explicando cómo lo conoció y cómo fue su relación de destructiva.

Reconoció y aceptó los sentimientos de inferioridad que presenta desde su niñez, así como su baja autoestima, su dificultad para relacionarse con los demás y su necesidad de sentirse menos que el resto, razón por la cual tomaba ciertas decisiones en su vida. Afirmó necesitar psicoterapia ya que considera que hay problemas que ha arrastrado desde niña que no la permiten relacionarse actualmente, ni sentirse satisfecha consigo misma. La paciente también comenzó a asistir a las actividades de psicología diariamente, mostrándose un poco más motivada y menos tímida, además de relacionarse más con sus compañeras de piso. Mostró una mejor adherencia al tratamiento afirmando entender la necesidad de continuar con el tratamiento farmacológico. Se le recalcó a ella y a su familia la importancia de un tratamiento psicoterapéutico para la misma, en orden de fortalecer su autoestima, fomentar habilidades sociales, desarrollar su autonomía, recuperar su trabajo, entender y conocer su padecimiento, controlar los pensamientos invasivos que pudiese llegar a tener hasta llegar al punto de evitarlos por completo.

PACIENTE #3

▪ ANTECEDENTES

Femenino de 23 años, originaria de Michoacán y residente del Edo. de México, actualmente comerciante, soltera, sin religión, con escolaridad de licenciatura.

trunca en letras y literaturas italianas. Cuenta con antecedentes desde la niñez de presentar sentimientos constantes de tristeza, inseguridad, vacío emocional, con la creencia de carecer de atractivo o de cualidades que le puedan resultar interesantes y valiosas a los demás; con mucha dificultad para relacionarse con los demás y generar relaciones afectivas, incluso con sus propios familiares, afirmando que nunca ha tenido amigos en su vida, ni parejas. Cursa su niñez y adolescencia con ideas de muerte y suicidas semiestructuradas (una vez intenta tomar aspirinas y otra un limpiador de cocina), haciendo constantes afirmaciones de que el mundo no vale la pena, y de querer morir pronto.

La paciente transcurre los primeros 15 años de su vida con violencia intrafamiliar constante (padre alcohólico y desempleado) y con una relación muy distante con su madre quien trabajaba todo el día, situaciones que ha decir de la paciente exacerbaban su cuadro clínico. A los 16 años se mudan al Edo. de México, donde afirma comenzó a sentirse más tranquila y sin ideas de muerte, ya que se preparaba para entrar a la Universidad. A los 18 años ingresa a la licenciatura y comienza con dificultades para relacionarse con sus compañeros, afirmando sentirse estresada por ir a clase y tener que trabajar con los mismos, y comienza con tristeza constante, sensaciones de inferioridad frente a los otros, con la creencia de que no es suficientemente inteligente para terminar su carrera, la cual termina abandonando.

Hace dos semanas tras una fuerte discusión con su madre comienza a presentar de nuevo ideas de muerte, tristeza, llanto, anhedonia y sensaciones constantes de vacío, encerrándose en su recámara todo el día. El día de ayer la paciente intenta aventarse al Tren Suburbano donde es detenida, razón por la cual es traída a valoración en Urgencias donde se decide su internamiento.

▪ **MOTIVO DE INTERNAMIENTO**

Presentar ideas de muerte y suicidas e intento del mismo.

▪ **ENTREVISTA INICIAL**

La entrevista se realizó siete días posteriores a su ingreso al piso, el día 08 de Octubre de 2014 a las 10 am. A continuación se muestra el reporte de la misma tal y como fue anexado en su expediente:

08/10/14 10:00

NOTA DE ENTREVISTA PSICOLOGÍA

Se trata de R.A.M., femenino de 23 años de edad, con Dx en proceso. Originaria de Michoacán y residente del Edo. de Méxco, fecha de nac. 16/01/1991, soltera, sin religión, con escolaridad de licenciatura trunca en letras y literaturas italianas, actualmente comerciante. Cursa su primera hospitalización en esta institución por haber presentado ideas de muerte y suicidas e intento del mismo.

Se trata de paciente quien responde al nombre de R, se encuentra sentada en su cama, atiende bien al saludo y pasa al consultorio de psicología con el propósito de realizar una entrevista. Se observa a la femenina de edad aparentemente similar a la cronológica, aparentemente íntegra, constitución endomórfica, viste ropa hospitalaria en buenas condiciones de higiene y de aliño. No se observan alteraciones en la marcha y/o movimientos anormales, sin fascies características. Se encuentra orientada globalmente. Se mostró alerta y accesible durante toda la entrevista. Actitud cooperadora y amable, aunque somnolienta, establece contacto visual con el entrevistador. Se muestra con afecto restringido y animo eutímico. Lenguaje en tono, volumen y velocidad

disminuidos. Discurso espontáneo, coherente y congruente, sigue línea directriz y llega a metas sin ayuda. Dentro del contenido del pensamiento no se encontraron alteraciones. No refiere alteraciones en la sensopercepción y no las impresiona. Afirma ideas de muerte y suicidio actuales, más no de homicidio. Juicio disminuido. Nula consciencia de enfermedad. Poca proyección a futuro.

Refiere como motivo de hospitalización **"tuve dos intentos de suicidio, me tomé pastillas para dormir la primera vez, pero no sirvieron, así que unos días después me quise aventar al suburbano pero me detuvieron"** sic pac.

La paciente refiere vivir con su mamá en el Edo. de México, afirma que a lo largo de su vida ha tenido cuatro intentos de suicidio desde los 9 años sin entrar en detalle de los mismos **"no puedo recordar exactamente qué pasaba en ese entonces en mi cabeza para intentar matarme, supongo que me sentía muy triste y fea, las siguientes veces han sido porque siento que sigo decepcionándome a mi misma y a mi mamá...siento una angustia y tristeza en general por la vida, como si no valiera la pena y por eso es que intentaba matarme"** sic pac. R.A.M. afirma que tiene una relación buena con sus familiares maternos, aunque muy distante; refiere sentir mucho rencor hacia su padre por el maltrato físico y psicológico que le ocasionó y sentir que su madre tiene expectativas muy altas con ella, siendo muy estricta desde que recuerda. También afirma que siempre ha sido solitaria, nada sociable y tiende a alejar a las personas de su lado **"desde niña tuve muchos problemas para hacer amigos, me molestaban mucho y se burlaban de mí, y la verdad es que no tenía realmente interés en relacionarme con ellos, me parecían muy tontos, supongo que desde ahí comencé a generar esa tristeza general que le digo y esa sensación de vacío, de no encajar en ninguna parte(..)actualmente la gente se me acerca para conocerme pero prefiero alejarlos, no tengo nada**

interesante que compartirles o que valga la pena y no quiero decepcionarlos, así que prefiero estar sola". sic pac. R.A.M. refiere creer que alguna vez presentó alucinaciones auditivas pero afirma que fue esa única vez, lo que ella considera un evento aislado "fue una voz de mujer, hace como un año, apareció de repente por unos segundos quizás, yo estaba sentada en mi cama pensando sobre mi vida, era uno de esos días en que me sentía demasiado triste y como vacía, de repente la escuché, decía mi nombre, pero fue muy rápido, luego se quitó(.) ya no se ha repetido desde esa vez, o quien sabe quizás la imaginé" sic pac. Afirma que su estancia en hospitalización hasta el día de hoy ha favorecido muy poco a su mejoría "desde que llegué he mejorado poco, ya no me he sentido tan ansiosa, aunque por ejemplo ayer en la noche no pude controlarla y regresó por unas horas esa tristeza tan profunda que siento, y aunque he notado algunos cambios en mí como intentar acercarme a dos chicas de aquí que se juntan, no siento que quieran hablarme y me siento más sola que en mi casa, encerrada en este lugar tan deprimente, cuando pienso en eso me dan ganas de morirme otra vez" sic pac.

Durante su estancia en la sección R.A.M. no se ha mostrado muy interesada en las actividades de psicología, ya que ha asistido únicamente a una de las mismas en la semana que se ha encontrado internada, aunque se mostró muy tímida y poco participativa. Afirma no llevarse mal con sus compañeras de la sección pero no haber hecho aún ninguna amiga o compañera para platicar.

▪ **INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Dada la sintomatología que presentaba la paciente, la cual podría confundirse con diferentes trastornos, pasó los primeros once días de su estancia sin un diagnóstico establecido, por lo que su médico psiquiatra tratante ordenó una

interconsulta con el área de Psicología para la aplicación de una batería completa en la paciente cuyos resultados e interpretación pudiese esclarecer el mismo. La aplicación se realizó en un día, la paciente trabajó rápidamente y de forma cooperativa. A continuación se muestran los resultados e interpretación de las mismas tal y como se anexaron al su expediente:

10/10/14 11:00

INTERPRETACIÓN Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

*En la Escala de Inteligencia para Adultos de David Wechsler WAIS IV la paciente mostró una actitud cooperadora y alerta. De acuerdo al análisis cuantitativo, R.A.M, comparada con personas en su rango de edad, está funcionando en un rango **NORMAL** con una medida estandarizada de **CI DE 91**. En la Escala Verbal obtiene un CI de 101 en un funcionamiento **NORMAL** y en la Escala de Ejecución presenta un CI de 81 en un desempeño **PROMEDIO BAJO**. Se observa una diferencia significativa entre ambas escalas, lo cual podría ser indicativo de un posible deterioro cognitivo en proceso.*

*De acuerdo a los puntajes obtenidos en el dispersigrama de la paciente, se pueden observar puntajes ubicados por debajo y por encima de la media, presentando como mayor puntaje los subtests de **VOCABULARIO** y **COMPRENSION**, sugiriendo que la paciente conserva buenas habilidades verbales, comprensión verbal, desarrollo del lenguaje, formación de conceptos y curiosidad verbal, memoria a largo plazo, consolidación de la información, buenos antecedentes culturales, habilidades de razonamiento concreto, capacidad de pensamiento asociativo, y creatividad. Con puntajes más bajos se encuentran los subtest de **BUSQUEDA DE SIMBOLOS** y **DIGITOS Y SIMBOLOS-CLAVES**, lo cual implica dificultades o deterioro en funciones de velocidad*

psicomotora, velocidad de operación mental, habilidades de atención, dificultad en coordinación visomotora y lentitud.

En el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, la paciente (diestra) se mostró alerta y cooperadora, realizó las figuras en un tiempo promedio. Presenta una secuencia irregular, lo cual puede manifestar una personalidad inestable, ansiedad que deviene en defensas débiles y en lugar de planear, hace las cosas espontáneamente. Presenta un funcionamiento yoico inestable. Presenta también pobre ubicación e identificación con su ambiente físico y psicológico, inestructuración interna y tendencia a psicosis. Presenta dificultad en el cierre de las figura, lo cual puede indicar, de nuevo, rasgos psicóticos, necesidad de dependencia, inseguridad o pasividad, así como cierto bloqueo del Yo ya que no puede adaptarse a estímulos; un Yo muy pobre que no tiene los elementos necesarios para adaptarse a diferentes situaciones.

De acuerdo al análisis cualitativo de la prueba, R.A.M. presenta defectos en el contacto con la realidad, inhibición, forma todos sus juicios en función a sí misma, tensión, necesidades no satisfechas y frustración. Presenta rasgos compulsivos, inmadurez emocional, depresión, pobres manifestaciones afectivas, y tendencia a depositar la agresión de manera interna. Manifiesta también evasión a estímulos emocionales y actitudes de reclamo. Presenta alejamiento de las figuras de autoridad, represión representada con pasividad e intentos por negar impulsos agresivos,

No se encontró ninguna referencia de daño orgánico en la paciente. Su memoria visual inmediata se encuentra DISMINUIDA en un 77% ya que solo logro reproducir 3 de los 9 estímulos que conforman la prueba.

En el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 R.A.M., presenta un perfil con puntajes distribuidos en su mayoría por encima de la media, en un

protocolo valido, siendo las Escalas Básicas de **ESQUIZOFRENIA (8)**, **PSICASTENIA (7)** y **PARANOIA (6)**, las que mejor describen a la paciente. Las escalas de validez sugieren que la paciente tuvo una buena actitud frente a la prueba, presentando un mal funcionamiento del yo, problemas poco usuales y estado de confusión. Puede tratarse de un paciente con personalidad rebelde, solitaria o antisocial, con una fuerte autodevaluación, y sentimientos propios de neurosis o psicosis severa en progreso. La paciente manifiesta un concepto inadecuado de sí misma, empobrecido y lleno de insatisfacciones en relación con sus habilidades. Puede ser demasiado crítica de sí misma y de los demás; tosca o llana en sus maneras y su lenguaje. Puede ser cínica y escéptica, y presentar episodios de pánico. La combinación de escalas antes mencionada, sugiere también que la paciente posiblemente presenta alteraciones del pensamiento y conductas excéntricas; aislamiento social, creencias equivocadas o ideas de referencia, ser vengativa y preocupada, actuando posiblemente en base de fantasías. Tiene un contacto con la realidad muy pobre, manifestando tendencias delirantes, por lo tanto la paciente puede presentar inicios o un franco proceso de psicosis. Puede llegar a tener alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Puede presentar también ideación paranoide. Es probable que la paciente pueda presentar rutinas o rituales rígidos; ser una persona meditativa, estar perturbada, temerosa o presentar sentimientos de culpa, con constante sensación de angustia y depresión. R.A.M. se muestra retraída, cautelosa, tímida y distante de los demás; puede presentar tristeza, irritabilidad falta de energía, incapacidad para concentrarse, así como molestias físicas e insomnio. Puede tener poca confianza en si misma, sentimientos de inadecuación y tendencia a autoreprocharse constantemente, sintiéndose miserable y desdichada. Puede tener poca capacidad de juicio, presentar inestabilidad e irresponsabilidad, inmadurez y egocentrismo; así como conductas antisociales o tendencia a la psicopatía. Presenta una fuerte necesidad de ser querida, puede manifestar actitudes derrotistas o pesimismo,

así como *exageración de los problemas físicos o quejas múltiples. Presenta poca tolerancia a la monotonía y una amplia variedad de intereses.*

En cuanto a las escalas de contenido y suplementarias se encontró que R.A.M. presenta constante ansiedad, tiende a intentar controlar sus impulsos, incapacidad para tomar decisiones y manejar la presión del medio ambiente, así como perturbarse fácilmente en situaciones sociales. Manifiesta constantes preocupaciones y puede sentirse abrumada por sus propios pensamientos, reflexionando excesivamente sobre los mismos. Presenta también pensamientos deprimidos significativos, sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro u desinterés en la vida. Posiblemente esté intranquila, infeliz, llora fácilmente y se siente sin esperanza, pudiendo presentar intentos de suicidio o deseo de estar muerta. Es una persona que se siente muy inquieta en torno a otros, por lo que prefiere estar sola; es posible que pueda ser capaz de conductas deshonestas, abusar de la confianza de otros o presentar conductas antisociales. La paciente manifiesta actitudes negativas hacia médicos y profesionistas de la salud mental; no cree que alguien o algo pueda ayudarlo. Puede desear no cambiar nada en su vida, ni sentir que el cambio sea posible. Prefiere darse por vencida que enfrentarse a las crisis o dificultades. Muestra rechazo a las psicoterapias.

Durante la aplicación del Test de la Figura Humana de Karen Machover, R.A.M. se mostró cooperadora y realizó las figuras muy rápido. De acuerdo al análisis cualitativo, se encuentra que la paciente presenta una buena identificación con su propio sexo y su identidad sexual, aunque presenta una necesidad de sentirse superior al sexo opuesto. R.A.M. presenta ansiedad, tensión, agresividad contenida, inseguridad, sentimientos de inferioridad, baja estimación de sí misma, represión, bajo nivel de energía, evasión y dudas de sí misma. Manifiesta dificultad para reconocer errores y pocos deseos de cambio, así como negación de impulsos sexuales. Se manifiesta histérica, con inmadurez

emocional, tendencia a la negación, y percibiendo al mundo vagamente como una masa indiferenciada y sin detalle. Manifiesta culpabilidad, falta de logros, y poco esfuerzo en todos los sentidos; así como rebeldía relacionada con la conducta superficial o ambivalencias frente a la autoridad.

Posterior a la entrevista inicial, a la información recabada de la paciente y a la interpretación de sus resultados en la batería psicológica aplicada, resaltaron múltiples rasgos de personalidad característicos y repetitivos de la misma (aislamiento, dificultad para adaptarse al medio, dificultad para relacionarse, conductas antisociales, autoreproches, inestabilidad emocional, etc.) los cuales, después de un análisis riguroso por parte del área de psicología, su médico tratante y su residente se llegó a la determinación del diagnóstico de la paciente: *Trastorno esquizoide de la personalidad*. Previo a la Evaluación Psicológica, su médico tratante sospechaba que la paciente padecía de trastorno depresivo recurrente, sin embargo la información obtenida en la misma permitió realizar un diagnóstico diferencial que determinó el padecimiento de la paciente. Probablemente este fue uno de los casos que generó mayor discusión interdisciplinaria entre los profesionales involucrados en el mismo, incluyendo a las prestadoras el servicio social, ya que el diagnóstico de trastornos de la personalidad son particularmente complicados. Su sintomatología se confundía con otros padecimientos tales como episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, psicosis en proceso o inicios de esquizofrenia, por lo que se tuvo que hacer un análisis y revisión teórica de los mismos, de la personalidad de la paciente, sus antecedentes y su comportamiento en Hospitalización.

Posterior al establecimiento de diagnóstico, le fue ajustado el tratamiento farmacológico y sugerido a la paciente y a su familiar el beneficio que tendría un tratamiento psicoterapéutico para la misma, permitiéndole relacionarse con su medio ambiente y disminuir algunos rasgos de personalidad que le

impiden su funcionamiento. Se le informó a la paciente sobre su diagnóstico y las características del mismo, quien refirió que pensaba que se encontraba deprimida constantemente, pero que ahora tenía interés por entender su padecimiento, sus pensamientos, sus conductas y actitudes, reconociendo necesitar ayuda en el manejo de los mismos, y querer mejorar para volver a la escuela y seguir con su vida. Se le hizo particular señalamiento a la paciente y a su madre de la necesidad de adquirir y desarrollar habilidades sociales que le permitan reconocer en ella y en otros patrones de conducta que dificultan sus interacciones e implementar patrones positivos que le permitan relacionarse con otros en diferentes niveles, trabajo que se desarrolla en el ejercicio psicoterapéutico.

○ **HABILIDADES Y COMPETENCIAS DESARROLLADAS**

Durante la prestación del Servicio Social desarrollé y adquirí diferentes herramientas, habilidades, competencias y aprendizajes en lo que compete el campo la Psicología clínica. Los casos anteriores ejemplifican una parte del trabajo realizado dentro del campo de la **evaluación psicológica** a pacientes con enfermedad mental. Considero que ésta fue la herramienta profesional que desarrollé de manera más considerable, dada la cantidad de pacientes a quienes evalué durante el mismo. A continuación describo cada una de las competencias profesionales que desarrollé y adquirí durante la prestación del Servicio Social.

Entrevistas clínicas: desarrollé la capacidad de establecer un buen rapport con la paciente, de determinar las preguntas necesarias para la información significativa que se requiere sobre el cuadro clínico de la paciente y su evolución; de tener una escucha activa y reconocer en la voz y habla de la paciente información clave que pudiese ser verídica o no, su tono emocional, si se encontraba preocupada por alguna situación, etc, así como a observar

atentamente sus reacciones, sus expresiones faciales y corporales que pudiesen arrojarme información necesaria en el conocimiento de la misma. Aprendí principalmente cómo realizar entrevistas a pacientes que se encuentran con alguna alteración mental crítica en el momento en que eran entrevistada (pacientes que alucinaban en el momento de la entrevista, pacientes maniacas, pacientes tan deprimidas que lloraban durante toda la misma, pacientes agresivas, pacientes que no querían hablar etc.); cómo dirigirme a ellas y cómo reaccionar frente a ciertas conductas que llegaban a presentar a lo largo de la entrevista (risas sin motivante, autoagresiones, llanto, amenazas, entre otras), qué tipo de preguntas realizarles para poder obtener información específica que requería y cómo poder discriminar información relevante para su evaluación; destacando también que aprendí a realizar el Examen mental necesario con todas las pacientes mientras se realiza la entrevista, los elementos que le corresponden al mismo pero sobre todo a utilizar la observación como técnica de exploración de las funciones cognitivas básicas de la paciente para poder reportarlas.

Aplicación de pruebas psicológicas: perfeccioné la habilidad de realizar una aplicación rápida y efectiva de las cuatro pruebas mencionadas, y de nuevo, cómo trabajar dichas pruebas con este tipo de pacientes, cómo adaptarme a las condiciones de las mismas para su aplicación, por ejemplo, pacientes que no podían estar dentro del consultorio por sensación de sofocación, por lo que debía ser aplicada en otra área y bajo otras condiciones, o pacientes a las que les debía leer el MMPI-2 ya que su bajo nivel de atención y concentración secundario a su enfermedad no les permitía responderlo.

Interpretación de los resultados: perfeccioné también mi habilidad de hacer las interpretaciones de los resultados de las pruebas psicológicas de manera rápida, integral y completa detectando fácilmente ciertos indicativos

significativos de cada una que podía ir orientándome sobre las características y rasgos de la paciente incluso antes de que comenzara a realizar su interpretación formalmente.

Establecimiento de un diagnóstico: Adquirí la capacidad de detectar la sintomatología y características relevantes de las pacientes para establecer un diagnóstico clínico, haciendo previamente una revisión teórica, por supuesto, de los síntomas y comportamientos característicos de las enfermedades mentales más comunes que se tratan en el Hospital de acuerdo con los manuales diagnósticos principalmente utilizados (CIE y DSM).

Trabajo con grupos de pacientes con enfermedad mental: esta habilidad fue otra de las que me dejó un aprendizaje significativo para mi quehacer profesional futuro, ya que se realizaba diariamente con diferentes actividades. Desarrollé la habilidad de integrar los grupos, de interactuar con las pacientes dentro del mismo, de generar un ambiente de confianza, mantener su atención (cuestión bastante complicada en ciertas alteraciones), motivarlas a su participación, a ser escuchadas por el resto, conducir un proceso donde ellas mismas estimulaban sus recuerdos y vivencias, principalmente situaciones o conflictos provenientes directamente de la enfermedad que padecen, las emociones que conlleva vivir con la misma, la escucha y comprensión de personas que comparten las mismas experiencias, así como los cambios y ajustes que deben hacer en su actuar, pensamiento y objetivos actuales de acuerdo a su padecimiento. Desarrollé así mismo la habilidad de saber trabajar con un grupo integrado por personas con diferente sintomatología, a estar preparada para cualquier inconveniente que pudiese surgir con las mismas (agresiones, peleas, ideas delirantes, etc.) y el manejo de los mismos. Otra de las habilidades que perfeccioné con el trabajo de grupo fue la capacidad de psicoeducar al mismo en lo que compete a las

enfermedades mentales: explicarles las características de las mismas, su etiología, síntomas, y evolución; con el objetivo de que las pacientes puedan conocer y entender su padecimiento de forma íntegra y sean capaces de manejarla, reforzando sus fortalezas, recursos y habilidades personales en orden de contribuir con su propia salud mental y evitar recaídas futuras, ya que mientras más conozca su padecimiento el paciente, tiene mayor oportunidad de desarrollar una calidad de vida.

Trabajo de grupo con familiares: la interacción y trabajo con los familiares era uno de los elementos clave para la mejora de las pacientes. Dentro de los grupos de Reflexión con familiares, al igual que con las pacientes, aprendí principalmente a generar una atmósfera de confianza, comprensión y empatía, para que éstos pudiesen compartir sus experiencias personales, externar sus emociones, necesidades, preocupaciones, temores, o cualquier consecuencia presente como resultado de la convivencia con un paciente con enfermedad mental, y con el apoyo del resto de participantes, poder encontrar algunas soluciones o ajustes para disminuir el desgaste emocional que como cuidadores experimentan.

Trabajo en equipo interdisciplinario: Otra de las competencias profesionales que adquirí fue aprender a trabajar con un equipo interdisciplinario de profesionistas, principalmente psiquiatras y enfermeros. De erradicar las fronteras que a veces existen entre las mismas, y colaborar en equipo para una atención, diagnóstico y tratamiento oportuno para las pacientes. Aprendí que el trabajo colectivo interdisciplinario es mucho más enriquecedor, relacionando los saberes apropiados de cada disciplina e integrándolos en un saber aún mayor. Además por supuesto, de aprender a desarrollar ciertas habilidades sociales que me permitieran trabajar con diferentes personalidades, con profesionistas muy buenos en su trabajo, así como con profesionistas que realizaban un trabajo muy pobre o desinteresado.

Sensibilidad interpersonal y empatía: Esta es una de las habilidades que no había desarrollado de esta forma a lo largo de la carrera, posiblemente porque no había tenido un trabajo con pacientes de dicha extensión temporal como en el Servicio Social. Es una habilidad que considero no solo me proporcionó un crecimiento profesional sino también personal. Aprendí a comprender el universo emocional de las pacientes, a escucharlas y a entender las situaciones por las que pasaban diariamente, comprendí realmente la definición de empatía al compartir y conocer el dolor de las mismas mientras explicaban lo que su enfermedad y sus efectos generaban sobre ellas y sus familiares; dar cuenta que en ese momento, en el internamiento que están viviendo, tú como psicóloga eres de las pocas personas que las escuchan, las comprenden y les brindan la atención que necesitan. Aprendí también a tener autocontrol sobre mis propias emociones y saber manejarlas mientras escuchaba vivencias tan tristes y dolorosas, aprendiendo a contenerme de los efectos emocionales que éstas provocaban sobre mí, y a saber dejar todas esas emociones a veces tan fuertes dentro del Hospital, sin tráelas conmigo a casa. Reconozco también que gracias a esta empatía y sensibilidad, todo el trabajo que realicé con las pacientes se volvió de lo más gratificante para mí, escuchar un “gracias por escucharme” o un “me ayudó bastante psicóloga”, “me siento mejor”, era la recompensa más significativa para mí, saber que generas en ellas aunque sea un pequeño cambio, que las ayudas a conocerse más a sí mismas, sus fortalezas y las oportunidades que tiene por delante, o simplemente que las escuchas cuando otros ya se han dado por vencidos.

Conocimiento y entendimiento de la enfermedad mental: Adquirí un fuerte conocimiento de las diferentes enfermedades mentales, la teoría detrás de las mismas, su sintomatología y características. Sin embargo principalmente entendí lo que implica tener un padecimiento de éstos más allá de la sintomatología, lo que implica vivir cotidianamente con una enfermedad

mental, los efectos que tiene en quien lo padece a nivel personal, laboral y sobre todo social, así como el efecto sobre su familia; por lo tanto me volví mucho más tolerante, paciente, reflexiva, comprensiva, y flexible en el trato diario con las mismas. También desmitifiqué por completo todas las ideas sociales y culturales que existen en nuestro país sobre los enfermos mentales y que a veces nosotros, aún como psicólogos, llegamos a tener, como su peligrosidad, su falta de humanidad, el miedo irracional hacia ellos, etc. dando cuenta que son seres humanos como nosotros, miedos, deseos, objetivos, y mucho más a quienes desafortunadamente su enfermedad no les ha permitido desarrollar una buena calidad de vida, cuestión que nosotros como futuros psicólogos tenemos la posibilidad y la responsabilidad de cambiar a través de intervenciones que tengan como objetivo principal minimizando las desventajas de los mismos y estimular sus capacidades personales, mejorando así su calidad vida día con día.

Conocimiento de fármacos: Adquirí cierto conocimiento sobre los fármacos principales utilizados en el tratamiento de pacientes con enfermedad mental como antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, etc., al estar en contacto con las pacientes, las cuales se encontraban bajo tratamiento farmacológico durante toda su estancia. Aprendí sus beneficios y sobre todo algunos de sus efectos secundarios que pueden tener sobre las pacientes; así como la importancia y la dificultad de establecer en las mismas la adherencia al tratamiento farmacológico, de hacerles dar cuenta de dichos beneficios a costa de algunos puntos negativos, que a la larga les permitirían generar mayor estabilidad en su mismo padecimiento.

Manejo de Expediente: Adquirí la habilidad de utilizar la información contenida en los expedientes para tener un mayor entendimiento del padecimiento de la paciente, sus antecedentes, motivo de consulta, sintomatología y posible diagnóstico deducido de las mismas. Conocí también

la estructura de un expediente médico, los cuales cuentan con demasiada información médica de la paciente como por ejemplo todos los estudios médicos realizados en su ingreso (pruebas de sangre, de orina, embarazo, etc), las notas de su médico tratante sobre su medicación y evolución, las notas de enfermería sobre su comportamiento de cada día, así como las notas de otros profesionales que pudiesen haber tenido contacto con ella (nutriólogo, dentista, etc), abarcando así las características globales de la paciente.

Comunicación escrita y verbal: Perfeccioné las habilidades adquiridas durante la carrera de redacción y comunicación verbal, al tener que transcribir las entrevistas lo más concretamente posibles, redactar notas en el expediente o reportes de las actividades diarias, con un lenguaje mucho más profesional y con el cuidado de mantener elementos gramaticales necesarios en el mismo. Mientras que la comunicación verbal también aprendí a adaptarla de acuerdo al receptor y la situación presente: con las pacientes, al tener un lenguaje más coloquial, claro, amable pero firme para que hubiese un amplio entendimiento; a los médicos, psicólogos, o enfermeros un lenguaje más profesional y técnico; y a los familiares un lenguaje amable, claro y respetuoso.

Presentación y análisis de casos: Todos los viernes, alrededor de las 11 de la mañana, en el auditorio del Hospital, se reunían médicos, residentes, estudiantes, enfermeros, prestadores de servicio social, etc. de todo el Hospital para la presentación de un caso clínico perteneciente a alguna de las áreas del mismo (rehabilitación, hospitalización continua, consulta externa, hospital parcial...). Generalmente la presentación iniciaba con la exposición de un tema determinado por parte de un médico residente (por ejemplo la esquizofrenia), posteriormente se presentaban un caso clínico del Hospital correspondiente al padecimiento: los antecedentes del paciente, su cuadro

clínico, su evaluación psicológica, tratamiento establecido y la evolución posterior al mismo. Se hacía un análisis de su evolución o mejora, o en su defecto, de la falta de la misma. Estas sesiones me parecieron de lo más enriquecedoras y retroalimentativas a mi formación, ya que no sólo ampliaba mis conocimientos de acuerdo a algún padecimiento y sus características generales o los avances más recientes en la investigación del mismo, sino que me enseñó como funciona área de la salud mental, cómo es un análisis de un caso clínico integral, los diversos esfuerzos de distintas disciplinas que se realizan para intentar alcanzar un entendimiento mayor de los padecimientos y sobre todo me demostró la importancia del trabajo interdisciplinario en el tratamiento óptimo de los mismos, de la necesidad de un equipo multidisciplinario que pueda intervenir en él de manera integral, y que la ausencia de algún integrante (psicólogo, psiquiatra, rehabilitador, enfermero, etc.) fragmentaría el trabajo de alguna esfera esencial del paciente y dificultaría la mejora del mismo. De igual forma fue bastante enriquecedora a nivel teórico y práctico, mi asistencia al *"1er Congreso de la Asociación de Salud Mental Fray Bernardino Álvarez A.C. y X Jornadas de Psicología del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez"*, enfrentando *unidos los retos de la Salud Mental*", ya que en dicho congreso se hicieron diferentes revisiones de casos clínicos, estrategias de intervención psicológica, innovación de diferentes tratamientos para pacientes con enfermedad mental, pláticas informativas y lectura de artículos sobre estrategias de prevención y atención a pacientes con dichas alteraciones.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Aunque durante mi estancia en la prestación del Servicio Social adquirí múltiples competencias y habilidades profesionales, también pude dar cuenta de ciertas deficiencias y limitantes que tiene el Hospital que podrían mejorarse, al igual que el departamento de Psicología.

Para empezar, al ser el Hospital una Institución dependiente del gobierno existen abundantes carencias en el mismo a nivel estructural y de mantenimiento, al igual que en muchos Hospitales públicos de nuestro país, como por ejemplo: deficiencia de agua, ropa para los pacientes en muy malas condiciones, espacios físicos deteriorados (baños, consultorios...) camas y otros utensilios muy viejos y rotos, propagación de enfermedades por falta de prevención sanitaria, etc. condiciones que desafortunadamente no siempre están del todo en las manos de los trabajadores o autoridades del hospital ya que éste, como bien sabemos, se mantiene con el presupuesto asignado por el gobierno, y en múltiples ocasiones los trabajadores de la sección donde me encontraba afirmaban que dentro de los hospitales de gobierno, las Instituciones dedicadas a la salud mental reciben la menor cantidad de fondos económicos. Durante la asamblea, actividad donde las pacientes informan de la condición de los servicios, frecuentemente reafirmaban la falta de limpieza y disposición de ropa, toallas para secado y toallas femeninas. Considero entonces que si no puede hacerse un cambio en estructura y mantenimiento del Hospital, sí se puede tener un mayor cuidado y atención con los servicios básicos que se ofrecen a los pacientes en cuestión limpieza, alimentación y vestido.

Sugiero también la capacitación del personal de salud encargado de trabajar con los pacientes que sufren alguna enfermedad mental; una capacitación donde los trabajadores de cualquier nivel involucrados en el trato cotidiano con los pacientes, desarrollen ciertas habilidades y características necesarias en el mismo, tales como tolerancia, respeto, paciencia y flexibilidad, y además conozcan de manera más profunda las características conductuales que conllevan dichos padecimientos. Hago esta sugerencia ya que había diversas ocasiones en que el personal encargado (ya fuera enfermería, cocina, limpieza, trabajadores sociales, estudiantes y en ocasiones algunos psicólogos y psiquiatras) tenían un trato bastante irrespetuoso, intolerante y no profesional con ciertos pacientes que se encontraban en alguna situación crónica o muy alterada, y se notaba en el mismo la falta de paciencia y tacto para con el paciente; afortunadamente en mi sección no era el caso (a excepción de ciertas enfermeras) sin embargo podías observarlo en algunas otras áreas del hospital.

Otra situación conflictiva con el hospital es la alta demanda de población que tiene, ya que pacientes provenientes de toda la república llegan a ésta Institución buscando ayuda psiquiátrica y psicológica. Al haber tantos pacientes en espera de ingresos a Hospitalización, las secciones de dicha área se encuentran en su máxima capacidad de población, por esta razón rápidamente se les asigna su alta para poder abrir espacio a los siguientes, así el tiempo estimado de estancia para un paciente es de un mes o de ser posible menos, con el objetivo de estabilizar sus síntomas lo mejor posible únicamente para que no haya riesgo de daño hacia ellos mismos u a otros, dándolos de alta vertiginosamente sin un tratamiento adecuado ni seguimiento para su condición, ya que la experiencia nos dice que ciertas enfermedades requieren una estancia más prolongada por lo delicado de la alteración o el cuadro clínico del paciente. Aunque se le intenta dar seguimiento a los mismos en consulta externa una vez que fueron dados de

alta en hospitalización, muchos dejan de asistir, ya que salen con una pobre adherencia al tratamiento y con poco entendimiento de su padecimiento. Por lo tanto existe una fuerte reinserción y recaídas de los mismos. Dicho esto la creación de más Instituciones encargadas de la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades mentales, no son una sugerencia, si no una necesidad real prioritaria actual en nuestro país.

El punto antes mencionado me lleva la siguiente recomendación la cual compete directamente al área de Psicología dentro de la sección de Hospitalización Continua específicamente y me parece la más importante. Aunque el programa actual de trabajo en hospitalización del área de psicología, contiene múltiples ventajas y beneficios para los pacientes y familiares, a mi parecer no son suficientes, podrían implementarse otros y optimizar los existentes. En primer lugar, no existe un abordaje psicoterapéutico individual real establecido para las pacientes que se encuentran internadas aún cuando es un punto destacado en el Programa de Trabajo. Es decir, se les realizan entrevistas, evaluaciones, se trabaja en grupo con ellas y con sus familiares, sin embargo no existen sesiones terapéuticas instauradas y planeadas para las mismas con los objetivos y la estructura que implica realmente un trabajo terapéutico, aunque fuese de forma breve. Las pacientes durante su hospitalización se acercaban al área de Psicología buscando psicoterapia, y las tres personas que nos encontrábamos en dicha área (al menos en mi sección), mi asesora que era la Psicóloga a cargo de la sección mujeres cuarto piso, otra prestadora de servicio social y yo, intentábamos realizar un trabajo "seudo terapéutico" individual con ellas a la par que se hacían las entrevistas, pero no había el tiempo suficiente, no existía una estructura, herramientas y objetivos que se plantean en una terapia de acuerdo a las bases teóricas adecuadas y a la necesidad del paciente, y aún así éstas lo asimilaban como una sesión terapéutica, siendo lo más cercano que iban a obtener en dicho

internamiento, agradeciéndote al final por tu ayuda, cuando en realidad tú sabías que podían tener una intervención mejor planeada y constituida con las bases suficientes. Considero que la razón principal por la cual no podía implementarse dicha atención terapéutica con los pacientes es la cantidad de trabajo que hay y el poco personal de psicología para realizarlo a tiempo dada la magnitud de la población atendida. Las entrevistas iniciales que se tenían que realizar a todas las pacientes de ingreso (36 pacientes al mes se encontraban internadas y cada vez que una de ellas era dada de alta, rápidamente ingresaba una nueva paciente en su lugar), más la aplicación de pruebas psicológicas (muchas veces muy lenta dada la situación cognitiva de la paciente o el efecto de los medicamentos), calificación e interpretación de las mismas a todas las pacientes a quienes se las pedía su médico tratante, más las actividades diarias con las mismas, y el trabajo con familiares dejaban prácticamente nada de tiempo para un trabajo terapéutico con cada una de las pacientes de manera individual.

Mi recomendación en este aspecto sería entonces contratar más profesionistas psicólogos para cada sección (solo existe un psicólogo en cada sección cuando no hay prestadores de servicio social, a diferencia de los psiquiatras quienes tienen de dos a tres residentes que los apoyan en su trabajo diario) de manera que cada psicólogo pudiese estar encargado por completo quizás de 5 a 7 pacientes durante su estancia, en lo que se refiere a entrevistas, evaluación, y terapia individual, repartiendo así la cantidad de trabajo que demanda el Hospital sin que ninguno de los pacientes se quedaran sin recibir alguno de éstos servicios que le corresponden al área de Psicología. De esta forma se podría establecer un programa específico para la atención terapéuticas individual a través de sesiones preestablecidas orientadas al paciente y sus necesidades durante su estancia en Hospitalización.

Otra sugerencia que podría ofrecer es que haya más sesiones de trabajo de grupo con los familiares de los pacientes internados, ya que casi nunca alcanzaba el tiempo durante el grupo de Reflexión no sólo para la sensibilización y contención de los mismos, sino que surgían muchas dudas a resolver sobre la enfermedad y el trato con su paciente, y parecía ser que una vez por semana no era suficiente para resolverlas. Sugeriría que dicho grupo de Reflexión se realizara mínimo dos o tres veces por semana, en horario matutino y vespertino (el actual únicamente es matutino), turnándose los diferentes psicólogos de cada sección para dirigirlo. Esto facilitaría la asistencia de los familiares y los involucraría más en la recuperación de su paciente junto con el equipo multidisciplinario que trabaja para lo mismo, ya que sabemos que la presencia y apoyo de los familiares, genera una diferencia enorme en la rehabilitación de los pacientes.

Por último sugeriría también la disposición de material para trabajar con las pacientes, ya sea en la evaluación psicológica o en las actividades diarias, ya que había ocasiones que no contábamos con hojas blancas, lápices, cuadernillos suficientes de MMPI-2, entre otras, y eso retrasaba el trabajo con las pacientes.

Después de algunas sugerencias que puedo ofrecer al trabajo tan significativo que realiza ésta Institución, concluyo este trabajo afirmando que ésta fue una de las mejores experiencias profesionales de mi vida; terminé mi servicio social muy satisfecha y orgullosa de haber podido aplicar los conocimientos que adquirí a lo largo de éstos cuatro años de formación, pero principalmente de haber adquirido el conjunto de habilidades y competencias profesionales que tuve la oportunidad de desarrollar a lo largo de esos seis meses. Todas y cada una de las vivencias que experimenté en el Hospital me hicieron crecer como profesionista y como ser humano, las pacientes con las que tuve la gratificación de trabajar, convivir y aprender cada día de ellas, el

conocimiento que adquirí a nivel teórico y práctico, los casos que tuve la oportunidad de evaluar y analizar, los profesionistas con los que tuve la fortuna de trabajar (psicólogos, psiquiatras adscritos, residentes de psiquiatría, trabajadores sociales, etc.) a los que les agradezco su paciencia, su apoyo y resolución de dudas, y de los que me llevo un aprendizaje memorable. Todo esto me deja una gran enseñanza y experiencia profesional en el campo de la salud mental que sin lugar a duda me permitirá continuar mi formación dentro del mismo, y alcanzar así mi objetivo de laborar y desarrollarme profesionalmente en la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades mentales, campo que me ha hecho crecer en diferentes aspectos, y que hasta el día de hoy continúa apasionándome.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona. Ed. Masson.
2. ARAGÓN, L., (2015) *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. 2ª edición. México, D.F., Ed. Manual Moderno.
3. BERRIOS, G., (2008) *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México, D.F., Ed. Fondo de Cultura Económico. p. 31-57.
4. BLANCO V., NAVASCUÉS P., (2009) *Psicoestimulación: ejercicios para estimular la cognición*. Barcelona, Ed. Lebnón.
5. BUELA, G., SIERRA, J., CARRETERO, H., (2003) *Situación actual de la evaluación psicológica*. Papeles del psicólogo, Vol. 1, No. 83. p. 27-34.
6. CABALLO, V., SALAZAR, I., & CARROBLES, J., (2011) *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid, Ed. Pirámide. p. 93-438.
7. CASULLO, M., (2001) *La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, Vol. 9, No. 1. p. 97-113.
8. CRUZ, I., ORDUÑA, M., (2010) *Ejercicios de atención, memoria y lenguaje*. Madrid, Enfoque Editorial.
9. EQUÍLUZ, I., (2013) *Introducción a la psicopatología: una visión actualizada*. 3ª edición. Madrid, Ed. Médica Panamericana.
10. EZAMA E., ALONSO Y., FONTANIL Y., (2010) *Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 3, No.2, p. 293-314.

11. ESTÉVEZ A., (2009) *Ejercicios de rehabilitación I: atención*. Barcelona, Ed. Lebón.
12. GARCÍA, C., ESTÉVEZ A., (2008) *Estimulación cognitiva II*. 2ª edición. Barcelona, Ed. Lebón.
13. GARCÍA, C., ESTÉVEZ A., (2009) *Estimulación cognitiva III*. 2ª edición. Barcelona, Ed. Lebón.
14. GIUDICE, M., (2014) *An evolutionary life history framework for psychopathology*. Psychological Inquiry, Vol. 25 p. 265-300
15. GÓMEZ, E., LEÓN M., (2003) *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México D.F., Ed Manual Moderno.
16. GONZÁLEZ, F., (2007) *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.
17. JARNE, A., & Cols. (2006) *Psicopatología*. Barcelona. Editorial UOC.
18. LICHTENBERGER, E., KAUFMAN, A., (2015) *Aplicaciones clínicas del WAIS-IV*. México, D.F., Ed, Manual Moderno. p. 6-24.
19. LOBO, A., (2013) *Manual de psiquiatría General*. Madrid. Ed. Médica Panamericana. p. 1-157.
20. MARTORELL, C., GÓMEZ, O., (2010) *Enfoque de la evaluación psicológica de la Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*. RIDEP, Vol. 2, No. 30. P. 35-55.
21. MORRISON, J., (2015) *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. 1ª edición. México, D.F. Ed. Manual Moderno.
22. MUÑOZ, M., (2003) *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid. Ed. Síntesis.
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003) *CIE-10 Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid, Ed. Mediator.

24. ORTUÑO, F., (2010) *Lecciones de psiquiatría*. Madrid. Ed. Médica Panamericana. p. 3-63.
25. PORTUONDO, J., (2012) *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. México, D.F., Ed. Siglo XIX.
26. RAHEB, C., (2008) *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de Clasificación DSM-IV y ICD-10*. Barcelona, Ed. Módulo I.
27. RIVERA, C., (2010) *La Catañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*. México, D.F., Maxi Tuquets Editores.
28. RIVERA, L., (2001) *Psicología y psicopatología. Ciencia básica de la clínica mental*. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 29, No. 3, p. 261-274.
29. RODRÍGUEZ, J., MESA, P., (2011) *Manual de psicopatología clínica*. Madrid, Ed. Pirámide. p. 127-401.
30. ROSSI, L., (2010) *Entrevista. Historia clínica. Patología frecuente*. México, D.F., Editores de Textos Mexicanos.
31. SUE, D., & Cols. (2010) *Psicopatología, comprendiendo la conducta anormal*. 9ª edición. México, D.F., Ed. Cengage Learning. p. 2-29.
32. VALLEJO, J., (2011) *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 7ª Edición, Barcelona, Ed. Masson.
33. VECCIA, T., (2014) *Técnicas y métodos cualitativos en evaluación psicológica*. Buenos Aires. Lugar Editorial. p. 11-40.
34. HOSPITAL PSÍQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ. (2013) *Programa anual de trabajo 2013. Psicología Hospitalización continua*.
35. Amador, J., (2013) *La escala de inteligencia de Wechsler para adultos, cuarta edición (WAIS-IV)*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, en

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33834/1/Escala%20de%20inteligencia%20de%20Wechsler%20para%20adultos-WAIS-IV.pdf>.

36. MIKULIC, (2003) *La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo*. Universidad de Buenos Aires, en http://23118.psi.uba.ar/academica/psicologia/informacion_adicional/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f1.pdf
37. SECRETARÍA DE SALUD, Comisión coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2013). *Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, en http://www.inprf.gob.mx/inprf/archivos/PAEAP_2013-2018.pdf.
38. HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ, en <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez.aspx>.
39. SECRETARIA DE SALUD, en <http://www.gob.mx/salud>.
40. SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRA (SECRETARIA DE SALUD), en <http://www.sap.salud.gob.mx/>.

ANEXOS

ANEXO #1

SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
SERVICIO DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA: "ASAMBLEA DE PACIENTES"



FECHA	PISO	SECCIÓN	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO
04/11/2014	4	MUJERES	09:00 am	10:00 a.m.

COORDINADORA: P.PSIC. PAOLA NICTE VALERO PACHECO

Nº DE PACIENTES: 18

PERSONAL ASISTENTE

PSIC. LAURA OCAÑA G.

ALIMENTOS: LAS PACIENTES REFIEREN QUE HAN PERCIBIDO SANOS Y BALANCEADOS LOS ALIMENTOS. NO REPORTAN NINGUNA QUEJA AL RESPECTO.

SERVICIOS E INSTALACIONES: REPORTAN QUE SU ROPA HA ESTADO LIMPIA Y HA SIDO ENTREGADA A TIEMPO. REPORTAN QUE LOS BAÑOS ESTUVIERON MUY SUCIOS ESTA MAÑANA YA QUE UNA DE SUS COMPAÑERAS LO ENSUCIO INTENCIONALMENTE Y TARDO ALGUNAS HORAS EN SER LIMPIADO. LAS PACIENTES TAMBIEN REFIEREN QUE NO TIENEN SUFICIENTES TOALLAS SANITARIAS, TENIENDO QUE USAR A VECES LAS SABANAS DEL HOSPITAL, AL NO HABER DISPONIBLES EN ENFERMERIA.

RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PERSONAL: LAS PACIENTES FELICITAN A LA ENFERMERA ALMA DE TURNO VESPERTINO POR UNA EXCELENTE ATENCION A LAS MISMAS. REPORTAN QUE LES GUSTARIA QUE HUBIESE UN TRATO DE MAYOR CALIDAD Y CON MAS ATENCION POR PARTE DE ENFERMERIA TURNO MATUTINO.

RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE LAS PACIENTES: MENCIONAN QUE EN SU MAYORIA TIENEN UNA BUENA INTERACCION Y COMPAÑERISMO. PERO REPORTAN A BARBARA VILCHIS RODRIGUEZ POR GRAVES ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA.

OBSERVACIONES: SE LES REITERO A LAS PACIENTES EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS, SEGUIMIENTO DE LIMITES, LA IMPORTANCIA DE MANTENER LIMPIOS LOS BAÑOS Y SUS CAMAS, ASI COMO LA IMPORTANCIA DE RESPETARSE ENTRE ELLAS. LAS PACIENTES SE MOSTRARON MUY DEMANDANTES EN CUANTO AL TRATO QUE AFIRMAN EL PERSONAL DE ENFERMERIA MATUTINO DEBE TENER HACIA ELLAS.

P.PSIC. PAOLA NICTE VALERO PACHECO

LAURA OCAÑA GONZALEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO ADSCRITO