



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA ENTREVISTA: TÉCNICA ESENCIAL EN
EL PROCESO PSICODIAGNÓSTICO.**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta

Teresa de Jesús Vidiella del Castillo

DIRECTORA DEL REPORTE: Mtra. Lucía Magdalena Martínez Flores

REVISORAS: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Mtra. Irma Zaldivar Martínez

SINODALES: Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez

Lic. Lamberto Villanueva



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.

Dedicatoria

Dedico este trabajo que concluye un ciclo significativo de mi vida a:

Mis hijas Mar y Shantal ,quienes han sido siempre el motor inspirador de mi existencia y lo mejor que me pasó en la vida.

Mi adorado Alfredo quien ha llenado mi vida de amor y risas creyendo en mí en todo momento y ofreciéndome su apoyo generoso y solidario.

A mis padres y abuelos por ayudarme a ser la persona que soy. A mi hermano Rafael por su cariño.

A los que se fueron antes pero siguen presentes en mi corazón y en mi recuerdo, esperando que desde algún sitio puedan testimoniar este momento.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por abrirme sus aulas de forma generosa para formarme profesionalmente.

A mis profesores del Sistema de Universidad Abierta (SUA) quienes contribuyeron con su labor y conocimiento en mi formación.

A la Maestra Lucía Martínez Flores, quien me dio la bienvenida a la vida universitaria, acompañándome en todo el camino de la carrera en diversas asignaturas, así como darme el honor de tenerla como la directora de este Informe de Servicio Social.

A mis revisoras: Dra. Noemí Díaz Marroquín y Mtra. Irma Zaldivar Martínez por orientarme en mi formación en la práctica clínica y animarme siempre a mejorar la calidad de mi trabajo.

A mis sinodales: Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez y Lic. Lamberto Villanueva por su cátedra comprometida, la retroalimentación y dedicación para con este proyecto.

A la Dra. Aurora Cárdenas López, por invitarme a trabajar con ella en el Servicio Social y darme la oportunidad de aprender su de su excelente forma de hacer clínica.

A Ángeles Corro, por su generosa amistad, su apoyo y cariño incondicionales.

A la Dra. Rosa Balderas, por tomarme de la mano en los peores momentos de mi vida ayudándome a sacar de ellos lo mejor de mí.

A mis compañeros de generación por su amistad y cariño.

A la vida por brindarme la oportunidad de convertirme en psicóloga ya entrada en años pudiendo así acariciar mi deseo. .

Índice

Resumen	1
Datos generales del Programa de Servicio Social (SS)	2
Contexto de la institución y del programa de SS	3
Descripción de las actividades realizadas en el SS	10
Objetivos del SS	14
Soporte teórico–metodológico	15
<i>La entrevista</i>	15
<i>Entrevista biográfica</i>	17
<i>Evaluación psicológica</i>	21
<i>Informe psicológico</i>	22
<i>DSM-IV-TR</i>	24
<i>Abuso sexual</i>	28
<i>Síndrome de Asperger</i>	30
<i>Código ético</i>	33
Resultados Obtenidos	37
<i>Entrevistas observadas</i>	38
<i>Entrevistas modeladas en Cámara de Gesell</i>	40
<i>Entrevistas modeladas en consultorio</i>	43
<i>Apoyo académico con batería de pruebas</i>	46
<i>Análisis de casos e integración de expedientes</i>	46
<i>Entrevista inicial en paciente con episodio psicótico</i>	56
Recomendaciones y sugerencias	70
Referencias bibliográficas	74
Anexos	76

Resumen

En este documento se describe de manera estructurada el ejercicio de la práctica profesional realizada durante el Servicio Social, bajo la supervisión de la Dra. Aurora Cárdenas López, en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología, UNAM.

Se hace mención de los datos generales del programa del Servicio Social, así como del contexto en donde se realizó. Además se incluye una descripción detallada tanto de las actividades desempeñadas de acuerdo a los objetivos generales y a los objetivos a alcanzar, como del marco teórico metodológico que se utilizó para la realización de entrevistas iniciales con un enfoque psicodinámico. Asimismo, se incluye una síntesis de los temas que a lo largo del servicio se fueron consultando a través de las entrevistas realizadas, con el fin de apoyar la elaboración de hipótesis diagnósticas.

Finalmente, en la sección de “Resultados Obtenidos”, se informa sobre todos y cada uno de los casos clínicos con los que se trabajó en entrevista inicial y las distintas formas en los que dichos casos se abordaron. Se incluye el reporte de una entrevista inicial a manera de ejemplo del trabajo realizado. A continuación, se agregan algunas sugerencias, que se desprenden de la experiencia en el Servicio Social, con la intención de contribuir con ellas a la revisión continua de la calidad de los servicios que ofrece el CSP, así como de la formación en la práctica de los alumnos que tenemos la valiosa oportunidad de completar y consolidar nuestra formación profesional en ese escenario.

Datos Generales del Programa del Servicio Social

INSTITUCIÓN: Universidad Nacional Autónoma de México.

DEPARTAMENTO: División de Universidad Abierta. Facultad de Psicología.

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL: Programa Integral de Apoyo Académico a la División del Sistema Universidad Abierta.

CLAVE: 2014 – 12 / 23 - 333

NOMBRE DE LA ALUMNA: Teresa de Jesús Vidiella del Castillo.

NÚMERO DE EXPEDIENTE: 21796

SUPERVISORA DEL SERVICIO SOCIAL: Dra. Aurora Cárdenas López.

ASESORA DEL SERVICIO SOCIAL: Lic. Cristina Conde Álvarez.

GRADO: Licenciatura

Contexto de la Institución y del Programa del Servicio Social

Entre los distintos centros que pertenecen a la Facultad de Psicología de la UNAM se destaca en este informe el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” el cual fue sede de mi servicio social. Éste se ubica en a la Facultad de Psicología de la UNAM en el Sótano del Edificio D.

El CSP abrió sus puertas por vez primera en 1981, con el objetivo de apoyar y fortalecer la formación de los estudiantes de posgrado de la Facultad, fungiendo como sede para el entrenamiento en la práctica clínica, ya que en ese entonces estaba vinculado al Departamento de Clínica.

Actualmente depende directamente de la Coordinación de los Centros de Servicio a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Ofrece servicio de apoyo psicológico a niños, adolescentes y adultos en forma individual, grupal, familiar o de pareja a través de sus distintos programas. Brinda, además, el apoyo de formación en la práctica para los alumnos de Licenciatura.

Entre sus **objetivos** se destacan los siguientes:

- Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios de Licenciatura y Posgrado.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa.
- Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y al sector social.

Tiene como **misión** brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio psicológico de calidad desde una perspectiva psicosocial.

Su **visión** es ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de psicólogos críticos, comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

El CSP cuenta con los siguientes programas para la formación en la práctica:

Licenciatura

- **Servicio Social** que a su vez cuenta con los siguientes programas:
 - a) Consulta Externa
 - b) Crónico Degenerativos
 - c) Psicoanálisis en Intervenciones Clínicas
 - d) Retroalimentación Biológica
 - e) Maltrato Infantil
 - f) Formación y Adquisiciones de Habilidades Estratégicas Psicoanalíticas
 - g) Formación de Peritos Especializados en Materia Familiar
 - h) Integración de Apoyo Académico a la División del Sistema Universidad Abierta.
- **Prácticas Curriculares en Observación para las asignaturas de:**
 - a) Psicopatología de la Adultez
 - b) Teoría y Técnica de la Entrevista II
 - c) Psicodinámica de Grupos
 - d) Psicodiagnóstico I y II
- **Programas de Prácticas de Formación Profesional Supervisada (No curricular)**
 - a) Atención Plena

- b) Bases de la Clínica Psicoanalítica
- c) Formulación de Casos Clínicos
- d) Evaluación Diagnóstica Infantil
- e) Introducción a la Psicoterapia con Enfoque Psicoanalítico
- f) Intervención Psicoeducativa, Taller para adolescentes y Padres
- g) Interacción Familiar
- h) Manejo de Conductas Adictivas
- i) Intervención Terapéutica para la Elaboración del Proceso de Duelo
- j) Intervenciones Clínicas en Psicoanálisis
- k) Entrenamiento Teórico Práctico en Terapias Narrativas y Posmodernas
- l) Evaluación e Intervención Psicofisiológica

Posgrado

Programa Único de Especializaciones en Psicología (PUEP)

- a) Intervención en niños y adolescentes
- b) Intervención Clínica en Adultos y Grupos
- c) Neuropsicología

Maestría

- a) Residencia en Psicoterapia para Adolescentes
- b) Residencia en Psicoterapia Familiar
- c) Residencia en Psicoterapia Infantil
- d) Residencia en Neuropsicología

Programas externos que ocupan el CSP como sede para la práctica conocidos como Prácticas en Escenarios Especializados

- a) Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM)
- b) Conductas Adictivas
- c) Interacción Madre-Hijo
- d) Formación de Peritos en Materia Familiar
- e) Procesos Psicopatológicos, Diagnóstico y Psicoterapia. Modelo Breve para el manejo de la pérdida.
- f) Formulación de casos clínicos
- g) Entrevista de primer contacto: Pre-consulta e Historia Clínica.

El CSP trabaja con base en el **Sistema de Gestión de Calidad (SGC)**, bajo la norma internacional de uso voluntario ISO 9001: 2008, NMX-CC-9000-IMNC-2008 con el propósito de mejorar la calidad de sus servicios tomando en cuenta las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico, emitida por la Secretaría de Salud.

Desde el mes de febrero de 2013, el CSP cuenta con la **certificación ISO 9001:2008**, misma que se ratificó con las auditorías realizadas en febrero de 2014 y febrero del 2015. En diciembre de 2015, obtuvo la re-certificación, misma que será vigente hasta 2018.

Este SGC considera **cuatro procesos** fundamentales, los primeros dos, relativos al ingreso, entrenamiento, supervisión y egreso del estudiante y los últimos dos centrados en el ingreso, la intervención supervisada y egreso del usuario del CSP. Durante la gestión del Servicio Social se participó en los tres primeros procesos los cuales se describen a continuación, con base en el Manual de Gestión de Calidad, elaborado por el Comité para la Calidad del CSP y autorizado por la Jefatura del Centro.

- 1) **Ingreso del Estudiante** el cual establece la forma en que se integran al CSP los estudiantes para la formación en la práctica clínica.

Para que dicho proceso se haga de forma adecuada se requiere cumplir por parte de los profesores con:

- a) una solicitud para realizar las prácticas elaborada por ellos.
- b) la presentación en tiempo y forma de su programa de prácticas.

Una vez cumplidos estos requerimientos de los profesores, da inicio el proceso de admisión de los estudiantes, el cual consiste en:

- a) asistir al curso de inducción del Sistema de Gestión de Calidad que rige las actividades del CSP contestando al final de éste la Encuesta de Satisfacción al Curso de Inducción.
- b) Hacer el llenado de la ficha de identificación
- c) Leer y firmar la carta compromiso que expone el comportamiento ético que se espera durante la estancia en el CSP.
- d) En el caso de los estudiantes que ingresan al Servicio Social, éstos deberán entregar la copia de su carta de aceptación para realizar su servicio en el CSP.
- e) Elaboración de un gafete.

2) Proceso de entrenamiento, supervisión y egreso del estudiante el cual inicia inmediatamente después del registro de los estudiantes inscritos, quienes se integran directamente con las actividades supervisadas por académicos en los distintos programas de prácticas y servicio social. Además se ofrece una gama de cursos de capacitación cada semestre tanto para estudiantes como para académicos. El proceso termina cuando el estudiante ha adquirido las competencias correspondientes a su programa de prácticas, recibiendo su constancia respectiva.

3) Ingreso del usuario (paciente)

Este proceso comprende dos distintas etapas:

- I. Inicia con la convocatoria hecha por el CSP cada tres meses al público en general, interesado en recibir atención psicológica en sus instalaciones.

Los interesados se presentan en la fecha y hora determinada en dicha convocatoria y son atendidos por el personal de Administración y Servicio Social, quienes dan una plática informativa sobre el servicio que el CSP ofrece. Al finalizar dicha plática los interesados en recibir el servicio hacen su solicitud de admisión y la entregan al personal.

La jefatura y el representante del programa de la calidad hacen una revisión de todas las solicitudes presentadas dentro de la semana siguiente a la convocatoria, con el fin de valorar aquellas que pueden ser atendidas por el CSP y aquellas que tendrán que derivarse a otras instituciones para su atención, como por ejemplo, problemáticas relacionadas con problemas de lenguaje o de lecto-escritura, casos psiquiátricos severos o sin medicación, problemas de motricidad, retraso mental severo y adicciones severas.

- II. Es aquella en la que los usuarios a los que se les aceptó su solicitud de admisión, se presentan para la Entrevista Inicial y apertura de su expediente. Antes de pasar a la entrevista, entregan al personal administrativo los documentos personales requeridos por el CSP, firman un Consentimiento Informado y llenan un formato denominado Ficha de Admisión. Además se da a resolver los Inventarios de Depresión y Ansiedad de A. Beck. Todo esto formará parte de su expediente.

La Entrevista inicial es realizada por estudiantes supervisados que pertenecen a las prácticas curriculares de la asignatura de Psicodiagnóstico del SUA, estudiantes del Programa Entrevista de primer contacto: Pre-consulta e Historia Clínica, así como de estudiantes en su Servicio Social.

Con base en lo anterior se asignará tratamiento a los usuarios en los distintos programas que ofrece el CSP. Dicho tratamiento podrá ser individual, familiar o de pareja o a través de un taller elaborado por el estudiante para dar atención grupal.

4) Proceso de Intervención Psicológica Supervisada y Egreso mismo que inicia a partir de que el usuario ha sido asignado a tratamiento en alguno de los programas existentes en el CSP. Los estudiantes participan de las distintas etapas de intervención hasta su alta o egreso. Llevan un registro de las actividades de intervención a través de las Notas Clínicas que se van agregando al expediente del paciente, así como la elaboración de reportes e informes que son entregados a sus supervisores.

Finalmente el CSP cuenta entre sus **instalaciones** con quince consultorios Individuales y uno anexo en el edificio "B", cuatro cámaras de Gesell, circuito cerrado, cámaras robóticas, equipos de grabación en DVD, dos áreas para trabajo docente grupal, dos áreas generales acondicionadas para el trabajo de alumnos, sala de juntas y supervisión, área de recepción y jefatura, área de archivo de expedientes de pacientes, área para expedientes de alumnos, sanitarios y cocineta.

Descripción de las Actividades Realizadas.

El servicio social que se realizó fue dentro del Programa Integral de Apoyo Académico a la División del Sistema de Universidad Abierta, cuya finalidad es apoyar el desarrollo de actividades académicas y de investigación de la División del Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Psicología (DSUAP) a profesores, en la realización de las prácticas curriculares que se efectúan en el Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Psicología.

El trabajo realizado durante las 480 horas de Servicio Social estuvo enmarcado dentro de los primeros tres procesos; Ingreso del estudiante, entrenamiento, supervisión y egreso del estudiante e ingreso del usuario, correspondientes al Programa de Gestión de Calidad implementado en el CSP.

A través de las actividades asignadas por la supervisión del Programa de Servicio Social se pretendió desarrollar las siguientes habilidades:

- a) Apoyo académico en el proceso didáctico de la asignatura de Psicodiagnóstico y Módulo I y II
- b) Apoyo en la elaboración de expedientes clínicos.
- c) Apoyo en la aplicación y la evaluación de pruebas psicológicas.
- d) Apoyo en el proceso de evaluación de los alumnos.

A continuación se describen las distintas actividades realizadas durante el Servicio Social.

1. Modelaje en Cámara de Gesell y consultorio.

Parte importante del trabajo en el Servicio Social giró en torno a la entrevista inicial, con un enfoque psicodinámico, misma que es realizada por los alumnos de Licenciatura pertenecientes al Sistema de Universidad Abierta (SUA), que hacen sus prácticas curriculares en el CSP correspondientes a las materias de Psicodiagnóstico I y II del Plan 2008 y Módulos I y II del Plan 1971.

El proceso en las primeras dos semanas del inicio del semestre consistió, en primer lugar, en la observación de la entrevista inicial con enfoque psicodinámico, a cargo de la supervisora, quien se hacía acompañar de un alumno observador, con el paciente. El resto del grupo observábamos desde la Cámara. Una vez concluida la entrevista, el grupo se reunía para compartir aquello que se observó y escuchó tanto del paciente como del terapeuta. En estas reuniones supervisadas, se identificaba la técnica utilizada en la realización de la entrevista, así como el manejo de los distintos momentos de ésta, como son el rapport, el desarrollo y el cierre. Posteriormente se intentaba rescatar lo más significativo de la entrevista que permitiera expresar una hipótesis diagnóstica y una recomendación de tratamiento.

Las siguientes dos semanas, el modelaje en Cámara me fue asignado, por la supervisión, realizándolo de la forma mencionada con anterioridad, es decir, acompañándome siempre por un alumno observador, y en Cámara el resto del grupo junto con la supervisora, para posteriormente tener la reunión correspondiente a la observación efectuada. Una vez terminado el periodo de modelaje y observación en Cámara, se me asignó coordinar las parejas de estudiantes que realizarían las siguientes entrevistas en Cámara así como en consultorio y acompañar su proceso.

2. Apoyo en la elaboración de expedientes clínicos.

Posteriormente a la realización de cada entrevista inicial, nos reuníamos a completar el formato correspondiente (Anexo 1), del Manual de Procedimiento del Programa de Gestión de Calidad, destacando los puntos requeridos en éste, como son:

- El motivo manifiesto de consulta,
- El tiempo de inicio de los síntomas,
- Los acontecimientos que agudizan dichos síntomas y qué formas de solución, si las hay, ha tenido el paciente respecto de su situación.

- La elaboración del Familiograma y la descripción de su dinámica familiar, destacando los aspectos intelectuales y emocionales del paciente, sus problemas principales y sus áreas libres de conflicto.

Con estos datos recabados en la entrevista inicial, se procuraba elaborar una Hipótesis Diagnóstica y una recomendación de Tratamiento de acuerdo a los programas existentes en el CSP.

También se acompañó a los estudiantes del grupo de prácticas en la tarea de mantener los expedientes de acuerdo con las especificaciones del Programa de Gestión de Calidad que rige la eficiencia y operatividad de los mismos. Por lo tanto, era menester mantener en orden los documentos que integraban el expediente de cada paciente, mismos que se revisaron siempre al integrar el Formato de Entrevista Inicial.

3. Apoyo académico en el proceso didáctico en la asignatura de Psicodiagnóstico.

El proceso de psicodiagnóstico comienza con la entrevista inicial, sigue con la aplicación, calificación y evaluación de la batería de pruebas psicológicas, mismas que son designadas por la titular de la asignatura de Psicodiagnóstico con base en su programa, y que abarcan las áreas Perceptomotora, cognoscitiva y afectiva. Dichas pruebas permiten tener un parámetro de comparación del sujeto con el resto estandarizado, que permite establecer un diagnóstico diferencial. El proceso termina con la elaboración del informe psicológico.

Dicho proceso, se acompañó proporcionando orientación a los alumnos que la requirieran en cada una de sus etapas. La orientación fue relativa, en ocasiones, al marco teórico que sostenía una hipótesis diagnóstica, en otras, a la práctica que implicaba la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas psicológicas administradas, a través de algunos modelajes para su aplicación, así como de mostrar el modo de calificación de algunas pruebas donde manifestaban dificultad de realizar. Como meta a lograr, se procuró trabajar como un grupo operativo de

enseñanza, donde tanto el grupo como la supervisión, formábamos parte de un proceso de enseñanza y aprendizaje permanente en constante movimiento.

4. Apoyo en el proceso de evaluación de los alumnos.

Este último punto corresponde a la elaboración del informe psicológico, el cual procura incorporar todos los aspectos explorados mediante la entrevista y la aplicación de pruebas. En general éste era coordinado, asesorado y reflexionado por la supervisora en funciones, a través de reuniones que ella llamaba “discusión y análisis de casos” donde mostraba de qué forma se van integrando los elementos observados, así como las coincidencias mostradas en los resultados de las pruebas, desde un enfoque psicoanalítico.

Dichas reuniones fueron siempre una fuente infinita de transmisión de conocimientos y experiencias que posibilitaron un aprendizaje significativo para todos nosotros, además de ser un placer asistir a ellas.

Objetivos del Servicio Social

El **objetivo general** del Servicio Social fue:

- Contribuir en las prácticas de campo supervisadas, de los alumnos de las materias Psicodiagnóstico y Módulo I y II.

El **objetivo a alcanzar** fue:

- Apoyar a profesores en el proceso de las prácticas de las materias Psicodiagnóstico y Módulo I y II en la entrevista e integración de casos en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila."

Como se puede apreciar, los objetivos mencionados están distribuidos en dos vertientes. La primera está relacionada con los alumnos que realizan sus prácticas de campo supervisadas, para fortalecer los conocimientos teóricos obtenidos y generar habilidades en la realización del psicodiagnóstico. Esto implicó que se pusiera a disposición la experiencia previa en dichas prácticas y que continuamente se consultaran los marcos teóricos necesarios para la labor psicodiagnóstica.

La otra vertiente está relacionada con el apoyo a los profesores tanto en las prácticas supervisadas, como en la realización de la entrevista a los pacientes y la integración de casos. Para desarrollar dichas tareas fue necesario contar con conocimientos sólidos en la técnica de la entrevista psicodinámica, aprender el protocolo del CSP en el área de admisión y derivación de pacientes a los distintos programas e integrar los expedientes de acuerdo con la norma de calidad ISO 9001:2008. El apoyo a la supervisión también consistió en llevar listas de asistencia y puntualidad, así como en resguardar, los valores éticos en la práctica profesional de los alumnos.

Soporte Teórico-Metodológico

Los marcos teóricos que se revisaron durante el Servicio Social fueron estructurados según la secuencia del proceso psicodiagnóstico que se apoyó, el que incluye: la entrevista inicial, la entrevista biográfica, la evaluación psicológica y el informe psicológico que se describirán más adelante.

También consultamos el sustento teórico de los casos clínicos más significativos o de aquellas patologías que no conocíamos en profundidad y que en ese momento se consideraba pertinente revisar, para fortalecer el conocimiento teórico de todos los que participamos en esta labor. Entre éstos se encuentran: el acoso sexual, el Síndrome de Asperger, el acercamiento al uso del DSM-IV-TR y el estudio de la nosología ahí manifiesta.

Por último, dado que la ética forma parte sustancial de la práctica profesional, a petición de la asesora del Servicio Social, Lic. Cristina Conde Álvarez, se hizo una lectura completa del Código Ético del Psicólogo con el objetivo de encontrar en él aquellas competencias que se desarrollaban en la práctica diaria, mismas que están incluidas en esta sección.

La entrevista

El tipo de entrevista que se realizó se enmarcó en el enfoque psicodinámico. Tuvo como referencia teórica dos textos: el libro de Díaz Portillo (2001), *Técnica de la Entrevista Psicodinámica* y el capítulo I, del libro de Bleger (1983) *Temas de psicología: entrevista y grupos*, titulado: "La entrevista psicológica", mismo que fue empleado en el diagnóstico y la investigación.

Con base en las aportaciones de Díaz Portillo y Bleger, se obtuvo que la entrevista consta de tres fases: rapport, central y cierre, y que se presenta en dos formas fundamentales: cerrada o abierta. En la primera, las preguntas ya están dadas en un cuestionario con un orden y una forma específica de plantearlas. Esta forma permite tanto la recolección, como la comparación sistemática de datos. La

segunda forma se caracteriza por ser flexible tanto en las preguntas, como en las intervenciones del terapeuta, permitiendo así una investigación más amplia y profunda del entrevistado. Esta última forma de entrevista es la que se aplicó durante el Servicio Social; Díaz Portillo (2001) la define así:

“La entrevista clínica psicodinámica, encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador, o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del o de los entrevistados.”(pp. 28-29)

Bleger, J. (1983), por su parte afirma que “la entrevista es un campo de trabajo en el cual se investiga la conducta y la personalidad de seres humanos” (p. 21) y añade que el proceso de investigación que se da durante la entrevista sigue un orden específico.

Primero interviene la observación, a través de ésta se van formulando hipótesis, que en el curso de la entrevista se van verificando, rectificando o reelaborando. Al respecto Bleger, J. (1983) enfatiza que “indagar y actuar, teoría y práctica, deben ser manejados como momentos inseparables, formando parte de un solo proceso”. (p. 22).

Esta forma de tener en constante movimiento la observación, las hipótesis y la rectificación o verificación de las mismas, fue desde el principio, instrucción clara de la supervisión, quien antes de que entráramos los compañeros de prácticas y yo a la entrevista observada, revisaba minuciosamente con nosotros, los datos aportados por el paciente en la solicitud de servicio, dándole especial importancia al motivo de consulta manifiesto, para que desde ahí comenzáramos a elaborar hipótesis previas a la entrevista, con el fin de tener un punto de partida que se enriquecería por la entrevista en sí. Como resultado, teoría, técnica y práctica siempre estuvieron presentes y entrelazadas.

Se puede concluir que la entrevista inicial en el CSP fue generalmente una entrevista semi abierta, la cual permitía, a través de escuchar, vivenciar y observar al paciente, llegar a una hipótesis diagnóstica, y con base en ella se derivaba al

entrevistado a uno de los programas existentes para su tratamiento, o en su caso, canalizarlo a otra institución especializada para su tratamiento. Por ejemplo en aquellos casos que necesitan atención psiquiátrica, así como aquellos con Síndrome de Asperger.

De las entrevistas iniciales, los compañeros de las prácticas elegían para sí, un caso que les permitiera aplicar los demás instrumentos en el proceso psicodiagnóstico para poder presentar su caso como trabajo final de la asignatura. Con cada uno de estos casos, después de la entrevista inicial, se realizaba una segunda entrevista más detallada, llamada: entrevista biográfica.

Entrevista biográfica

La entrevista biográfica pretende detectar el “común denominador”, es decir, el dato frecuente que aparece en repetidas ocasiones, y que es lo que posibilita la aparición de un problema y hace que permanezca. A través la exploración de este común denominador se identifica el síntoma así como el momento en que éste se estableció en la vida del paciente.

Por tal motivo la pregunta más importante durante la entrevista biográfica es “¿Cuándo pasó?”, (el divorcio de los padres, la muerte de un familiar, el accidente, una situación de abandono, por ejemplo), para ubicarnos en la edad que tenía el paciente e intentar ubicarla en alguna de las etapas psicosexuales propuestas por la teoría freudiana, de manera tal que nos lleve al momento de fijación del síntoma.

Entonces, la entrevista biográfica pretende recolectar los incidentes que hayan influido significativamente sobre el desarrollo y que pudieran servir para comprender mejor la sintomatología actual, así como los patrones característicos de conducta del paciente, responsables de la calidad de su adaptación social.

Además, la historia familiar permite la investigación de las características de los miembros de la familia del paciente, las cuales han modelado su carácter, su identidad y han sido fuente de ideales y valores.

Los temas que comúnmente exploramos en la entrevista biográfica, tienen como finalidad conocer cuándo inició el problema, qué tanto ha cambiado con el paso del tiempo, así como los factores sociales, familiares e individuales que han influido en la permanencia del conflicto. Los temas así como el orden de indagación, se basan en los apuntes de la asignatura de psicodiagnóstico elaborados y proporcionados por la titular de la misma, profesora Karina Torres Maldonado y son los siguientes:

1. *Historia del nacimiento.*

Datos médicos acerca del parto

Edad y salud de la madre durante el embarazo

Actitudes parentales ante el nacimiento

2. *Historia del desarrollo infantil.*

Curso del desarrollo mental, físico y motor.

Patrones de sueño (alteraciones)

Patrones de lactancia y destete

Patrones de alimentación

Entrenamiento de esfínteres (problemas asociados)

Signos de ansiedad (miedos, terrores nocturnos, llanto, irritabilidad, etc.)

Enfermedades, accidentes y operaciones

3. *Historia de la infancia temprana.*

Condiciones de la vida familiar

Relaciones con los padres (disciplina, protección, etc.)

Nacimiento de los hermanos, relación con ellos y con otros niños

Actitudes hacia las diferencias sexuales

Expresiones de identidad de género

Hechos traumáticos especiales

Calidad de las relaciones con personas ajenas a la familia

4. *Historia escolar y niñez tardía.*

Desarrollo físico, salud, escolaridad (edad de inicio, progreso, reacciones, actitudes hacia los cambios y novedades, desempeño académico)

Relaciones con los maestros y los compañeros

Naturaleza y extensión de las actividades curriculares

Patrones de conducta (positivos y negativos)

- Patrones atípicos del desarrollo (trastornos del sueño, timidez, miedos, trastornos de alimentación, enuresis y encopresis)

Actitudes de los padres ante el desempeño académico

Instrucción y experiencias sexuales

- Eventos sobresalientes en el medio (divorcios, nacimientos, muertes, cambios de casa, de escuela, etc.)

Enfermedades, accidentes, etc.

5. *Adolescencia.*

- Desarrollo físico y salud (aceleración o retardo, enfermedades, operaciones, etc.)

Desarrollo sexual (menstruación, masturbación, poluciones nocturnas, experiencias hetero y homosexuales y sus reacciones ante esto)

- Relaciones interpersonales con la familia. Antecedentes patológicos de la familia

Factores sociales y sociológicos (grupos de pertenencia, adhesión o rechazo)

Intereses, habilidades, logros, continuidad académica

Trabajo, hobbies, hábitos

- Condición socioeconómica

Relación con las mascotas, el arte y la naturaleza

Mitos, fantasías y aspiraciones

Manifestaciones de emancipación de las reglas de la casa y los padres

- Síntomas neuróticos (enuresis, berrinches, sonambulismo, onicofagia, travesuras, tartamudeo, trastornos de la alimentación, miedos, conducta antisocial, mentir, robar, lastimar a otros)

Experiencias de vida relevantes

Evaluación de la propia vida

Con la entrevista inicial obtuvimos una hipótesis diagnóstica que, enriquecida con la entrevista biográfica, se convertirá en una impresión diagnóstica inicial, la cual tendrá que ser contrastada, y en algunos casos rectificada, con los resultados de la aplicación de la batería de pruebas psicológicas, mismas que permitirán medir variables relacionadas con la psique individual y obtener los rasgos de comportamientos y de personalidad del sujeto en cuestión. La información arrojada por estas pruebas se integrará al final en un diagnóstico diferencial. Este proceso se conoce como "Evaluación Psicológica" y constituye el siguiente paso de la secuencia realizada.

Evaluación psicológica

Es definida por Cohen, R. J. y Swerdlik, M. E. (2006) en su libro *Pruebas y Evaluación Psicológicas* como:

"la recolección e integración de datos relacionados con la psique individual con el propósito de hacer una evaluación psicológica, concretada mediante el uso de herramientas como pruebas, entrevistas, estudio de caso, observación conductual, así como el uso de equipos y procedimientos diseñados específicamente para la medición de ésta." (p. 3).

La batería de pruebas que aplicamos los estudiantes en formación a los pacientes en el CSP es designada por el profesor que imparte la asignatura de psicodiagnóstico y consta de pruebas psicométricas y de personalidad, tanto estructuradas, como proyectivas, con el fin de evaluar las siguientes áreas:

a) Área Perceptomotora:

Esta área está integrada por los resultados obtenidos en el Test Gestáltico Visomotor (B.G.) de Lauretta Bender, con él se puede detectar posible deterioro neurológico, así como la madurez perceptiva y ajuste emocional tanto en niños como en adultos.

Para efectos psicodiagnósticos esta área centrará la atención sólo en las características de la percepción de la gestalt, mientras que los aspectos emocionales que pudieran desprenderse de ésta quedarán integrados en el área afectiva.

b) Área Cognoscitiva:

El desempeño intelectual y la medición de la inteligencia fluida y cristalizada, tanto cuantitativamente, como cualitativamente se hacen a través de los distintos instrumentos de las escalas Wechsler, que menciono a continuación:

-Escala Wechsler de Inteligencia para preescolar y primaria, WPPSI-III Niños de 2.6 a 7.3 años.

-Escala Wechsler de Inteligencia para niños, WISC-IV de 6 a 16 años.

-Escala Wechsler de inteligencia para adultos, WAIS-III de 16 a 89 años.

c) Área afectiva:

Esta área emplea, en el caso de adolescentes y adultos, la interpretación de las pruebas de personalidad estructuradas del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota, (MMPI-A) en los primeros y (MMPI, MMPI-2) para los segundos; las pruebas proyectivas de Apercepción Temática SYMONDS para adolescentes y TAT para adultos, y las pruebas grafo-proyectivas Casa-Árbol-Persona HTP (por sus siglas en inglés) de John N. Buck y el Test de la Figura Humana de Karen Machover.

En el caso de niños se interpretan las pruebas proyectivas de Apercepción Temática para niños CAT (A) y las pruebas grafo-proyectivas: Test del dibujo de la Familia de Louis Corman y Test de la Figura Humana de Elizabeth M. Koppitz.

Esta área afectiva debe de integrar, además de las funciones del yo, tono afectivo, forma de demandar y expresar el afecto, características de control de impulsos, relaciones interpersonales, autoconcepto, capacidad de insight y sus características, mecanismos de defensa, y áreas libres de conflicto.

Una vez que se tienen los resultados de las pruebas se procede a redactar el informe psicológico, último paso del proceso psicodiagnóstico.

Informe psicológico

Es el resultado que integra toda la información obtenida, tanto de las entrevistas como de la de la batería de pruebas. Este informe tiene como objetivo principal dar respuesta al motivo de consulta de forma que explique dinámicamente lo que le sucede al paciente y las sugerencias de tratamiento.

Para la elaboración de dicho informe, los estudiantes de las prácticas son orientados por sus profesores de asignatura, y asesorados por la supervisora directamente. Si se trata del informe de un niño, la lectura de Esquivel., Heredia., y Lucio (2007) *Psicodiagnóstico clínico del niño* suele ser el libro de referencia para

toda la evaluación psicológica incluyendo el informe. En los casos de adolescentes y adultos fue de mucha utilidad el *Texto de apoyo académico*, elaborado por la Facultad de Psicología de la UNAM y compilado y escrito por la Maestra Blanca Elena Mancilla Gómez. De ambos textos y de los apuntes de clase resumo los siguientes puntos:

-El informe psicológico puede variar en su estilo o extensión a la hora de ser redactado, pero debe tener siempre los siguientes contenidos:

1. **Ficha de identificación:** nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, estado civil.
2. **Familiograma:** para conocer el origen del paciente, su contexto familiar, cuál lugar ocupa dentro de la familia, con quién vive y cómo se relaciona con las integrantes de su familia.
3. **Motivo de consulta:** las razones por las que acude a consulta, su sintomatología actual.
4. **Antecedentes:** desde cuando es aquejado el paciente con la conflictiva y los efectos que ha tenido ésta en los distintos ámbitos de su vida.
5. **Historia biográfica:** para conocer sus antecedentes histórico-genéticos, individuales, familiares, grupales, escolares y sexuales.
6. **Instrumentos de evaluación utilizados:** la batería de pruebas que generalmente incluye las relacionadas con inteligencia y personalidad, así como perceptomotoras.
7. **Resultados de las pruebas por áreas:** área Perceptomotora (daño orgánico), área cognoscitiva (C.I. cuantitativo y cualitativo), área afectiva (mecanismos de defensa, capacidad de insight, recursos con los que cuenta, rasgos de personalidad, etc.).
8. **Impresión diagnóstica:** que responde al motivo de consulta.

9. **Recomendaciones, pronóstico y tratamiento:** la información en este apartado debe ser clara, concreta e individualizada.

DSM-IV-TR

En la práctica diaria, la supervisión consideró que era necesario conocer más a profundidad la clasificación de los trastornos mentales, así como el mejor uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, con el fin de tener una guía más clara que ayudara con la elaboración de una hipótesis diagnóstica cercana a esta clasificación. La síntesis de este segmento teórico se basa, en primer lugar, en los apuntes de clase elaborados por la Dra. Cárdenas, los cuales nos dieron una idea global del contenido y modo de consulta del DSM-IV-TR y, en segundo lugar, la lectura del capítulo "Clasificación y diagnóstico en psicopatología", del libro de Belloch, A., Sandín, B., Ramos F. (2008) *Manual de Psicopatología*, Tomo I y la consulta de Fauman, M. A. (2003). *DSM-IV-TR: Guía de estudio*. A continuación expongo una síntesis de lo que se revisó:

El DSM-IV-TR está conformado por 5 ejes que proporcionan información sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la condición de una persona.

El **eje I** reporta la mayoría de los trastornos o condiciones incluidos en el sistema de clasificación, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Cuando es necesario describir exactamente a un individuo en particular, se puede listar más de un trastorno en el eje I. En tal caso, el diagnóstico principal se presenta primero.

El **eje II** trata con trastornos de la personalidad y retraso mental, que empiezan ambos en la niñez o en la adolescencia y que, por lo general, continúan hasta la edad adulta. Un ejemplo sería el trastorno de la personalidad en el cual existe una tendencia injustificada a interpretar las acciones de los demás como una amenaza. El eje II también se puede utilizar para señalar características de la personalidad desadaptada y mecanismos de defensa que no cumplen con todos los criterios de un trastorno de la personalidad.

El **eje III** describe condiciones médicas generales que parecen relevantes para un caso (por ejemplo, los antecedentes de un paciente con respecto de los ataques cardíacos).

El **eje IV** describe los problemas psicosociales y ambientales (por ejemplo, problemas de vivienda, un evento negativo de vida o estrés familiar). En algunos casos, estos problemas pueden ser el resultado de dificultades de ajuste creados por el trastorno detectado.

El **eje V** es una evaluación global del funcionamiento psicológico, social y de las actividades ocupacionales del paciente. El clínico lleva a cabo una evaluación global de funcionamiento (EGF), al cual califica con una escala del 1 al 100. Las calificaciones bajas indican que los individuos representan un peligro para ellos mismos y para los demás. Las calificaciones altas indican un funcionamiento bueno o superior (por ejemplo, intervenir en una variedad de actividades y ser eficaz en las relaciones interpersonales).

- Categorías del eje I

El eje I incluye todos los trastornos clínicos, excepto trastornos de la personalidad y el retraso mental:

-Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. (No incluye retraso mental, el cual se diagnostica en el eje II). Éstos incluyen conducta problemática, trastorno del autismo y trastornos del aprendizaje.

-Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos. Impedimentos de la cognición (por ejemplo, déficit de la memoria, incapacidad para reconocer o identificar objetos o un trastorno de la percepción) cuya causa parece ser el uso de una o más sustancias y/o condiciones médicas generales.

-Trastornos mentales que se deben a una condición médica general no clasificada en otro apartado. Trastorno mental asociado a una condición médica general, la cual se considera su causa.

-*Trastornos relacionados con el uso de sustancias.* Condiciones acusadas por los efectos sociales, conductuales, psicológicos y fisiológicos adversos, causados por buscar o usar una o más sustancias (por ejemplo, alcohol, cocaína y anfetaminas).

-*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.* Distorsión significativa de la percepción de la realidad; impedimento para razonar, hablar y comportarse razonable o espontáneamente; impedimento para responder con gusto y motivación apropiados (por ejemplo, delirios, alucinaciones, incoherencia y aislamiento social).

-*Trastornos del estado de ánimo.* Estado de ánimo anormal caracterizado por depresión, manía o ambos síntomas de forma alternada. La depresión se caracteriza por tristeza, melancolía y abatimiento; la manía se caracteriza por excitación, irritabilidad y efusividad.

-*Trastornos por ansiedad.* Altos niveles de ansiedad, tensión o preocupación durante largos periodos que pueden estar acompañados de evitación de situaciones de temor, actos rituales o pensamientos repetitivos.

-*Trastornos somatomorfos.* Síntomas físicos para los cuales no se pueden encontrar causas médicas; preocupación constante de tener una enfermedad física; preocupación exagerada por defectos físicos menores o imaginarios de una persona que por lo demás parece normal.

-*Trastornos ficticios.* Síntomas físicos o conductuales que produce el individuo en forma voluntaria, en apariencia con el objeto de representar el papel de paciente y que, con frecuencia, comprenden la mentira crónica y flagrante.

-*Trastornos disociativos.* Cambio repentino y temporal de las funciones normales de la conciencia (por ejemplo, pérdida de la memoria, conciencia o identidad).

-*Trastornos sexuales y de identidad de género.* Dificultad para expresar la sexualidad normal (por ejemplo, confusión sobre la identidad de género, deseo o excitación sexual disminuida, actos sexuales y fantasías que incluyen hacer sufrir o humillar a cualquiera de los compañeros sexuales, y actividades sexuales con niños o con adultos sin su consentimiento).

-*Trastornos de la alimentación.* Alteraciones significativas en la alimentación (por ejemplo, anorexia, comer en exceso).

-*Trastornos del sueño.* Alteraciones en el proceso del sueño (por ejemplo, dificultad para dormirse o permanecer dormido, somnolencia excesiva durante el día, trastorno del ciclo sueño-vigilia).

-*Trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en ningún otro apartado.* Expresión constante de actos impulsivos que llevan al daño físico o financiero del individuo u otra persona y, con frecuencia, dan como resultado una sensación de alivio o liberación de tensión (por ejemplo, actos de agresión, robo de objetos que no se necesitan, piromanía y apostar en forma desadaptada y recurrente).

-*Trastornos adaptativos.* Reacciones emocionales o conductuales persistentes en respuesta a un causante de estrés identificable (por ejemplo, un evento de vida negativo). Las reacciones pueden estar dominadas por un estado de ánimo depresivo, ansiedad o retraimiento).

-*Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica.* Presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales que afectan a una condición médica general en forma adversa; trastornos del movimiento causadas por medicamentos; problemas de relaciones familiares; problemas relacionados con el abuso o el abandono; reacciones prolongadas de duelo.

- Categorías del Eje II

Los trastornos de la personalidad y retraso mental están codificados en el eje II. Estas condiciones empiezan en la niñez o adolescencia y continúan hasta la edad adulta sin sufrir muchos cambios.

Los ejes I y II están separados, de modo que, cuando se evalúa a los adultos, se toman en cuenta estas características continuas que pueden afectar las habilidades cognitivas, sociales o motrices o la habilidad para adaptarse. El eje II también se puede utilizar para señalar características prominentes de la personalidad desadaptada que no llegan a los límites de un trastorno de la

personalidad. Este eje puede no distinguir con suficiente claridad entre los estilos o rasgos de la personalidad que se observan comúnmente, que parecen provocar pocos problemas para el individuo, y los estilos de personalidad rígidos y desadaptados en forma evidente que llevan a la infelicidad o ineficiencia personal.

-Trastornos de la personalidad. Con frecuencia, ciertos patrones dominantes y duraderos de conducta y pensamientos inadaptados que empiezan a principios de la edad adulta interfieren con las relaciones interpersonales normales y reducen la eficacia personal. Puede o no estar presente la angustia subjetiva. Los trastornos de la personalidad especificados en el DSM-IV-TR incluyen: trastornos de la personalidad paranoide; trastorno de la personalidad esquizoide; trastorno de la personalidad esquizotípico; trastorno de la personalidad antisocial; trastorno de la personalidad límite; trastorno de la personalidad histriónica; trastorno de la personalidad narcisista; trastorno de la personalidad evasiva; trastorno de la personalidad dependiente; trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva; y trastorno de la personalidad no especificado en otro apartado.

-Retraso mental. Trastornos caracterizados por retrasos en el desarrollo en muchas áreas. Estos trastornos se caracterizan predominantemente por un funcionamiento intelectual reducido dominante así como problemas de aprendizaje específicos. Los niveles de retraso varían desde leves (CI que varían de 50 a 70) hasta profundo (CI por debajo de 20 o 25).

Abuso sexual

A partir de que llegó a la consulta del CSP una niña de 9 años víctima de abuso sexual, nos dimos a la tarea de estudiar y revisar el marco teórico correspondiente, independientemente de que el caso fue directamente atendido por la supervisión y la jefatura del CSP, nosotros consultamos a Noguero, V. "Aspectos Psicológicos del Abuso Sexual Infantil", en *Niños Maltratados*, de lo que se rescata lo siguiente:

Según este autor, el abuso sexual se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor que puede tener graves consecuencias en

éstos. Acontece en muchas de las ocasiones en un contexto familiar, en el que es difícil de ser observado por personas ajenas en el momento en que se produce, y en los que es muy probable que los menores se sientan impotentes para revelar el abuso.

Los síntomas varían en función de la edad y el sexo y pueden ser subdivididos en las siguientes categorías:

a) *Trastornos Funcionales*: Incluyen problemas del sueño (pesadillas, terrores nocturnos), dificultad para conciliar el sueño, miedo a la oscuridad, trastornos de la alimentación, enuresis durante el día o la noche, encopresis (que se suele asociar a penetración anal), estreñimiento.

b) *Problemas Conductuales*: Incluyen pataletas, rabietas, llanto incontrolado, agresión física a otros niños o adultos, pueden mostrarse retraídos sin amigos, expresar rabia hacia la madre, negarse a bañarse o desnudarse, no querer hacer gimnasia y realizar dibujos sexualizados.

c) *Problemas Escolares*: Una de las consecuencias del abuso infantil puede ser la pérdida de confianza, prerequisite fundamental para su desarrollo posterior, que incluye su desarrollo cognitivo. Los niños pequeños víctimas de abuso pueden presentar problemas de concentración, memoria, y en su desarrollo escolar.

El grado en que el abuso afecte a la víctima dependerá de varios factores, entre otros su edad, la adecuación del desarrollo de su personalidad, el grado de relación con el ofensor, el nivel de violencia y amenazas recibidas, la frecuencia e intensidad del abuso, el apoyo familiar o si ha recibido la ayuda profesional adecuada.

Entre las consecuencias afectivas se encuentran la culpa o vergüenza por sucumbir al abuso sexual sin que exista el maltrato físico; la ansiedad, que puede manifestarse de varias formas tanto a corto como a largo plazo; la depresión, si el abuso sexual es recurrente.

El Trastorno de Estrés Postraumático es clasificado como un trastorno de ansiedad por el DSM-IV, que se produce al experimentar un estrés emocional tras

una experiencia traumática, como puede ser el abuso sexual. La víctima continúa experimentando el estrés una y otra vez, especialmente en los niños, quienes no poseen mecanismos adecuados de enfrentamiento.

Desde la perspectiva de la evaluación, el diagnóstico precoz tiene una enorme importancia para impedir la continuación del abuso y con ello las consecuencias que éste implica para el desarrollo del menor y, por otro lado, permite buscar el acompañamiento psicológico adecuado que trabaje con los efectos a corto plazo y prevenga las consecuencias a largo plazo.

Síndrome de Asperger

Otro caso que nos tocó atender fue el de un niño con problemas escolares y sociales. Gracias a la pericia en el diagnóstico de nuestra supervisora, se pudo detectar que padecía Síndrome de Asperger y se lo pudo derivar a la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA), institución especializada en estos casos.

Asimismo, la supervisora pidió al compañero encargado del caso que aplicara una prueba a los padres de este niño, llamada "Escala Gilliam" para evaluar el Trastorno de Asperger (GADS), prueba hasta ese momento desconocida para todos nosotros.

Además de la revisión del DSM-IV-TR se consultó un artículo en una revista de neurología digital escrito por Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, M., Calleja-Pérez, B., Muñoz Jareño, N., titulado: "Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento". Con base en ambas fuentes se describe lo siguiente:

El síndrome de Asperger es un trastorno neurobiológico que forma parte de un grupo de afecciones denominadas "trastornos del espectro autista". La expresión "espectro autista" se refiere a un abanico de trastornos del desarrollo que incluyen tanto el autismo clásico, como otros trastornos asociados con características similares, como son el Síndrome de Rett, o el Trastorno Desintegrativo Infantil, entre otros.

La expresión "trastornos del espectro" se refiere a que los síntomas de cada uno de ellos pueden aparecer en diferentes combinaciones y en distintos grados de

severidad. Como consecuencia, se suelen utilizar expresiones de carácter general, como "autismo con bajo funcionamiento", "autismo con alto funcionamiento", "tendencias autistas" o "trastorno generalizado del desarrollo" para describir a niños cuyos comportamientos se sitúan dentro de este espectro. Los niños con síndrome de Asperger comparten muchos síntomas con los que padecen un "autismo de alto funcionamiento".

Los criterios diagnósticos del síndrome de Asperger según el DSM-IV-TR son los siguientes:

a) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.

3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ejemplo, no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).

4) Ausencia de reciprocidad social o emocional.

b) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.

2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.

3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

4) Preocupación persistente por partes de objetos.

c) El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d) No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

e) No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo, ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad.

f) No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Como en cualquier otro trastorno del neurodesarrollo, la evaluación de un niño con un posible Síndrome de Asperger debe incluir una historia clínica completa, así como una evaluación neuropsicológica acorde. Habrá que recoger información de la familia y del propio paciente, información de la escuela y de su entorno y anotar detalladamente cualquier antecedente personal o familiar.

En los últimos años han aparecido diferentes instrumentos (ASDI; ADI-R) basados en los criterios diagnósticos señalados en la lista previa, con la finalidad de estructurar parcialmente la entrevista del niño con trastorno de alto funcionamiento o autismo. Del mismo modo han surgido cuestionarios fáciles de contestar por la familia o tutores, como el que se utilizó en el CPS para este caso (Escala Gilliam) en la evaluación del Trastorno de Asperger (GADS).

El tratamiento del Síndrome de Asperger debe ser individualizado y multimodal y recoger un abordaje psicoeducativo dirigido al propio paciente y a la familia, así como intervenciones psicofarmacológicas adecuadas.

Código ético del psicólogo

Para finalizar, se anexa el trabajo que se hizo a petición de la asesora designada del Servicio Social, para desempeñar una práctica profesional ética.

Esto se elaboró con base en la lectura del *Código ético del psicólogo* (2010), específicamente en la sección "De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo". La instrucción recibida era la búsqueda específica en el texto de competencias que estuvieran en relación directa con la práctica que se realizó durante este periodo. La redacción de este ejercicio se apega a lo solicitado por la asesora.

Yo como psicóloga deberé siempre de:

1. Basarme en un cuerpo de conocimientos valido y confiable, sustentado en la investigación científica, como lo dice el Artículo 1:

1. Los servicios, la enseñanza y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos valido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional que haya recibido formalmente.

2. Desempeñarme en las nuevas técnicas o áreas con la debida formación, supervisión y acreditación además de mantenerme actualizada, como lo dicen los Artículos 2 y 4:

2. En el caso de servicios, enseñanza o investigación en áreas nuevas o que entrañen técnicas nuevas, el psicólogo podrá desempeñarse en éstas, sólo después de haber acreditado los estudios, recibido la formación y la supervisión y/o consultado a las personas competentes en aquellas áreas o técnicas y la constancia que acredite dicha formación.

4. El psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y profesional actual en su campo de actividad, y realizará esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá la educación, formación, supervisión y consulta adecuadas.

3. Mantenerme alerta de mis problemas y conflictos personales a fin de no dañar a mis pacientes, siguiendo los artículos 9, 10, 11 y 12:

9. El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante o participante de investigación, u otra persona con quien tenga una obligación profesional o científica.

10. El psicólogo se mantendrá alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y buscará ayuda para prevenir un deterioro significativo en su desempeño. Se somete a un proceso de autoexploración, según los cánones de su propia corriente.

11. Cuando el psicólogo se percata de problemas personales que puedan interferir en el desempeño adecuado de los deberes relativos a su trabajo, toma medidas apropiadas, tales como obtener asesoría o ayuda profesional, y determina si se debe limitar, suspender o terminar dichos deberes.

12. El psicólogo toma las medidas razonables para evitar dañar a sus pacientes o clientes, participantes en investigación, estudiantes y otros con quienes trabaje, y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable.

4. Respetar los derechos humanos y las garantías individuales de todos, como lo dice el Artículo 8:

8. El psicólogo es responsable de la conducción ética de la investigación que realiza o la de otras personas bajo su supervisión o control. Permite a los investigadores y ayudantes a desempeñar sólo aquellas tareas para las cuales hayan recibido capacitación y preparación adecuadas. Como parte del proceso de desarrollo e implementación de proyectos de investigación, el psicólogo consulta con expertos respecto a cualquier población especial, como por ejemplo, personas correspondientes a culturas distintas a la suya propia, respetando los derechos humanos y las garantías individuales de todos.

5. Mantenerme alerta de prejuicios y malas interpretaciones, según el artículo 14:

14. El psicólogo que trabaja con las etnias de México o con extranjeros se mantiene alerta de prejuicios y mal interpretaciones por diferencias en idioma y cultura, y considera, al emitir sus juicios, las limitaciones derivadas del empleo de traductores y otros terceros, cuando es el caso. Deja saber a las personas usuarias de sus servicio los límites a la confidencialidad en tales circunstancias. Procura que los terceros en los que se apoye sean personas fiables.

6. Asegurar la calidad de las evaluaciones psicológicas como dice el Artículo 24:

24. El psicólogo que ofrece valoración o procedimientos de calificación a otros profesionales describe con precisión el propósito, las normas, la validez, la confiabilidad, y las aplicaciones de los procedimientos, así como cualquier característica especial aplicable a su uso. El psicólogo selecciona servicios de calificación e interpretación (incluyendo servicios automatizados) apegados estrictamente a las normas de calidad científica que garanticen la validez y confiabilidad del programa y procedimientos. Se cerciora que tales programas y procedimientos tengan como base estudios que se hubiesen realizado en las poblaciones a las que pertenezcan los individuos bajo valoración, así mismo dará su opinión con base en otras consideraciones pertinentes.

Con base en la revisión del *Código ético del psicólogo*, en su sección "De los resultados del trabajo del psicólogo" y en la búsqueda de competencias que estén en relación directa con la práctica que realizo actualmente, seleccioné las siguientes:

7. Comunicar los resultados de la evaluación psicológica de forma entendible, correcta y documentada, como dicen los Artículos 51, 52 y 53.

51. El psicólogo se asegura de que se proporcione una explicación de los resultados utilizando un lenguaje entendible para la persona valorada o para otras personas autorizadas legalmente para actuar en favor de ésta. Independientemente de que las calificaciones o interpretación las realice el psicólogo, un ayudante, por medios automáticos, u otros servicios externos, sólo el psicólogo puede tomar las medidas razonables para asegurar que se den explicaciones apropiadas de los resultados. En los casos en los que la naturaleza de la relación impida dar estas explicaciones a la persona evaluada (como ocurre en algunos casos de selección o consultoría organizacional, preempleo, o selección de elementos de seguridad, y evaluaciones y peritajes judiciales o forenses), el psicólogo aclarará con antelación que no proporcionará tales explicaciones.

52. El psicólogo se abstiene de hacer uso indebido de las técnicas de valoración, intervenciones, resultados, e interpretaciones y toma las medidas razonables para evitar que otros hagan mal uso de éstas. Esto incluye el abstenerse de ceder resultados crudos de pruebas a personas que no sean los pacientes o clientes, como es apropiado, y a quienes no estén calificadas para usar tal información.

53. El psicólogo documenta apropiadamente su trabajo profesional y científico para facilitar la presentación posterior de servicios por parte de él mismo o de otros profesionales, para asegurar la responsabilidad, y para cumplir con otros requisitos de instituciones o de la ley. El psicólogo se abstiene de externar opiniones acerca de individuos a los cuales no ha valorado debidamente, en dictámenes escritos o verbales, medio de comunicación alguno o en cualquier otra forma.

8. **Mantener la confidencialidad de la información**, como dice el Artículo 61:

61. El psicólogo mantiene la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros y expedientes bajo un control, y toda la información obtenida a partir de la relación profesional, sean éstos escritos, automatizados, o en cualquier otra forma. Lo hace con apego a la ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del presente Código Ético. Así mismo el psicólogo está obligado a tomar las medidas pertinentes para proteger sus registros electrónicos de cualquier forma de incursión por parte de extraños.

Con base en la revisión del *Código ético del psicólogo*, en su sección “De las relaciones que establece el psicólogo” y en la búsqueda de competencias que estén en relación directa con la práctica que realizo actualmente, seleccioné las siguientes:

9. **Abstenerme de establecer relaciones duales o múltiples con mis pacientes**, como dicen los Artículos 81 y 82:

81. El psicólogo se abstiene de establecer relaciones múltiples no profesionales con usuarios de servicios, ya sean pacientes, clientes, organizaciones, estudiantes, grupos, sujetos de investigación, etc.

82. En muchas comunidades o situaciones, podría no ser posible o razonable para el psicólogo evitar contactos sociales o de otro tipo no profesional con personas tales como: pacientes, clientes, estudiantes, supervisadas, o participantes en investigación. El psicólogo debe mantenerse sensible a los efectos potencialmente dañinos de relaciones no profesionales o científicas, sobre su trabajo y sobre aquellas personas con quien trata. Un psicólogo se abstiene de comprometerse en una relación personal, científica, profesional, financiera u otra, con dichas personas si parece probable que una relación tal pudiera deteriorar razonablemente su propia objetividad, o interferir de otra manera con su desempeño efectivo o con sus funciones como psicólogo, o pudiera dañar o explotar a la contraparte.

Resultados Obtenidos

En este apartado se presentan, primero de forma cuantitativa, los casos clínicos con los que se tuvo relación durante el Servicio Social. Posteriormente se integran según el modo específico con que fueron abordados, es decir, si las entrevistas iniciales que se realizaron fueron modeladas en Cámara de Gesell o en consultorio, o si éstas fueron entrevistas observadas por todo el grupo de prácticas y una servidora en cámara, y realizadas por la supervisora, para nuestra formación. Se agregan también, los tres modelajes que se hicieron de las pruebas WISC-IV, Bender y MMPI-2 como parte del apoyo académico que se brindó a los compañeros de prácticas en la asignatura de Psicodiagnóstico.

Se Incluye, además, todos los casos en los que se participó del análisis y discusión para la integración de los expedientes y asignación a tratamiento, en éstos y en todos los casos, se encontrarán las abreviaturas (HD) que se refiere a Hipótesis Diagnóstica y (Tx) que indica el Tratamiento o Programa del CSP al que fue referido cada paciente.

Finalmente se integra a manera de muestra del trabajo de la entrevista inicial, el reporte de una entrevista que se realizó a un paciente quien se presentó con un episodio psicótico, y al que se canalizó al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)

Cuantificación:

ACTIVIDADES	TOTAL
Entrevistas observadas en Cámara de Gesell, realizadas por la Dra. Cárdenas	11
Entrevistas modeladas personalmente en Cámara de Gesell	11
Entrevistas modeladas personalmente en consultorio	15
Análisis de casos e integración de expedientes	63

Modelaje de aplicación, calificación e interpretación de la prueba WISC-IV	1
Modelaje de aplicación, calificación e interpretación de la prueba Bender	1
Modelaje de calificación, graficación e interpretación de la Prueba MMPI-2	1

Entrevistas Observadas

Las entrevistas observadas fueron siempre realizadas en Cámara de Gesell por la supervisora, quien se acompañaba de uno de los alumnos de prácticas en calidad de "terapeuta observador con paciente".

Antes de entrar en la Cámara, el grupo de prácticas en supervisión, estudiábamos el caso e intentábamos establecer la problemática subyacente al motivo de consulta manifiesto, para proponer una serie de preguntas clave que nos llevaran a rectificar o a descartar nuestras hipótesis.

Durante la observación se tomaban notas, así como se observaba el manejo de la técnica de la entrevista que hacía la supervisora, elementos como el manejo del rapport al inicio, el desarrollo y el cierre, así como identificar si había sido una entrevista estructurada, semi-estructurada o cerrada, eran parte del análisis grupal al término de la entrevista.

A continuación se encuentran los datos sintéticos de las entrevistas observadas en las que se estuvo presente, junto con la hipótesis diagnóstica de cada paciente (HD) y el tratamiento o programa al que fue referido (Tx):

Hombre de 18 años acude al CSP refiriendo sentir un vacío existencial.	HD: Se observan algunos rasgos psicóticos, pensamientos fantasiosos. Contexto de violencia intrafamiliar. Tx: Programa de medicina conductual.
Niña de 4 años acude al CSP con su	HD: Posible problema relativo al

madre quien refiere que su hija es insegura y busca la aceptación externa.	apego. Tx: Terapia de juego.
Mujer de 19 años acude al CSP aludiendo ser muy dependiente de su exnovio, además de referir problemas familiares y escolares.	HD: Posible Trastorno de personalidad limítrofe. Tx: Terapia cognitivo-conductual
Hombre de 18 años que acude al CSP para confirmar diagnóstico de Trastorno Bipolar dado por el INP.	HD: Trastorno bipolar tipo I Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Mujer de 37 años acude al CSP por tener conflictos en sus relaciones familiares, laborales y de pareja.	HD: Trastorno de ansiedad generalizada provocado por rechazo materno, dependencia y violencia intrafamiliar. Tx: Terapia racional emotiva.
Mujer de 28 años acude al CSP por sentirse deprimida, estar inapetente y llorar frecuentemente. Problemas para relacionarse con parejas y problemas con su hijo de 7 años por ser muy agresivo en la escuela.	HD: Posible trastorno adaptativo mixto. Tx: Terapia cognitivo-conductual
Hombre de 18 años acude al CSP y refiere sentirse inseguro, tener pensamientos obsesivos por maltrato de su padrastro.	HD: Medio ambiente hostil que le genera angustia. Tx: Terapia de grupo con adolescentes.
Joven varón de 17 años acude al CSP por presentar dificultad para concentrarse.	HD: Problema de límites probablemente debido a un estilo de crianza permisivo. Tx: Terapia cognitivo-conductual y sistémica.
Mujer de 19 años acude al CSP y	HD: Falta de afecto dentro del núcleo

<p>refiere sentirse deprimida desde hace un año por problemas familiares, escolares, separación de sus padres y por sobrellevar la situación de ser madre soltera.</p>	<p>familiar, escasa red de apoyo, proceso de duelo por pérdida de la pareja y divorcio de los padres. Sensación de pérdida de su juventud y experiencias propias del momento de vida que le corresponde vivir.</p> <p>Tx: Programa de duelo</p>
<p>Mujer de 25 años acude al CSP refiriendo haber sido violada por su medio hermano cuando ella tenía 5. Manifiesta ser bisexual actualmente y tener muchos problemas con su hermana. La madre de la paciente de 57 años también abre expediente en el CSP solicitando apoyo para poder comprender la preferencia sexual de su hija.</p>	<p>HD: Conflicto familiar por preferencia sexual. Víctima de abuso sexual en la infancia.</p> <p>Tx: Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) y Terapia Familiar.</p>
<p>Mujer de 48 años acude al CSP tras varios intentos de suicidio en el lapso de 20 años. Solicita ayuda para poder incorporarse a su actividad, salir de su casa y no tener miedo.</p>	<p>HD: Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.</p> <p>Tx: Programa de Retroalimentación Neurobiológica.</p>

Entrevistas Modeladas en Cámara de Gesell

La actividad de modelado en Cámara de Gesell se hizo con el objetivo de ser observada por el grupo de prácticas. En cada entrevista se tuvo la compañía de un estudiante en calidad de terapeuta observador.

El objetivo de esta actividad fue el de mostrar mi manejo de la entrevista inicial, para que los compañeros de las prácticas tuvieran otro referente además del modelado por la supervisora. La dinámica era igual a la de las entrevistas

observadas, es decir, primero se estudiaba el caso y se intentaba establecer la problemática subyacente al motivo de consulta manifiesto, para proponer una serie de preguntas clave que nos llevaran a rectificar o a descartar nuestras hipótesis. Una vez terminada la entrevista, nos reuníamos a discutir tanto el manejo de la misma como el caso en sí.

En la siguiente tabla se encuentran aquellas entrevistas realizadas en Cámara para la observación y retroalimentación de los compañeros de prácticas:

Mujer de 28 años acude al CSP por reciente separación de la pareja y sentimiento de frustración laboral.	HD: Proceso de duelo por separación conyugal y depresión. Tx: Programa de duelo.
Hombre de 20 años canalizado del INP para posibilitar una terapia con sesiones frecuentes.	HD: Depresión y ansiedad severas. Tx: Terapia cognitivo-conductual
Niño de 5 años acude al CSP acompañado de sus padres quienes refieren que su hijo tiene problemas de conducta desde preescolar. No acata reglas, grita y pega a sus padres.	HD: Viene con diagnóstico de TDA del Instituto de Salud Mental. Toma metilfenidato. Tx: Programa de habilidades de crianza para los padres. Al niño se le manda batería de pruebas. Pendiente la asignación de tratamiento en espera de los resultados de la batería.
Niña de 11 años que acude al CSP acompañada de sus padres quienes refieren que presenta escritura y lectura deficientes aun con el uso de lentes.	HD: Probable dislexia y problema de apego. Tx: Se remite al departamento de psicopedagogía para Terapia de Lenguaje.
Niña de 8 años acude al CSP acompañada de su madre quien refiere que su hija se siente ansiosa, tiene baja autoestima, le falta de	HD: Posible retraso mental leve. Se le asigna a batería de pruebas. Tx: Terapia Cognitivo-Conductual

concentración y está deprimida. Además, le cuesta relacionarse con niños de su edad. Salta y aplaude sin motivo aparente.	
Mujer de 34 años refiere tener muchos problemas con su pareja por desconfiar de ella y sentir celos y enojo.	HD: Tendencia al narcisismo. Celotipia. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Joven varón de 11 años acude al CSP acompañado de su madre quien refiere que su hijo presenta mala conducta y bajo rendimiento académico. Además roba cosas en la casa.	HD: Desintegración familiar. Tx: Terapia sistémica.
Mujer de 54 años acude al CSP por haberse separado de su pareja por causa de la infidelidad de éste, lo que le ocasiona sentirse triste y enojada.	HD: Depresión Tx: Terapia racional emotiva
Hombre de 40 años diagnosticado con Esquizofrenia por el INP acude a la clínica por ayuda para poder socializar.	HD: Dificultad para entablar vínculo afectivo estrecho de pareja. Tx: Programa de Medicina Conductual.
Mujer de 28 años acude al CSP referida por su psiquiatra para que reciba terapia cognitivo-conductual, por presentar ansiedad generalizada que ha ido en aumento.	HD: Posible Trastorno Adaptativo de Ánimo Ansioso. Tx: Terapia Racional Emotiva.
Joven varón de 15 años acude al CSP referido de Psiquiatría del IMSS por presentar ataques de pánico con síntomas psicóticos. Consume marihuana desde los 13.	HD: Posible trastorno relacionado con el abuso de marihuana (ataque de pánico). Tx: Terapia para tratar adicciones.

Entrevistas Modelada en Consultorio

Este apartado refiere aquellas entrevistas que se realizaron en consultorio con la compañía de un terapeuta observador, con el fin de mostrar el manejo de la entrevista en ese espacio.

La dinámica aquí es similar a la ya expresada anteriormente, el terapeuta realiza la entrevista mientras que el terapeuta observador toma notas de lo más relevante del desarrollo de la misma e interviene, si lo juzga necesario, para clarificar alguna información significativa para la integración del reporte de la entrevista. En esta actividad, los estudios del caso previos y posteriores a la entrevista, se realizaron únicamente entre el compañero terapeuta observador y yo.

En la siguiente tabla se presentan las entrevistas que se realizaron en consultorio con el fin y la dinámica antes mencionados:

Niño de 11 años acude al CSP con sus padres quienes refieren que el niño presenta dificultad para relacionarse, está deprimido, tiene problemas escolares y presenta rigidez en sus movimientos.	HD: Posible Asperger. Se sugiere aplicar prueba GADS y canalizar a la institución apropiada para su tratamiento.
Hombre de 49 años acude al CSP aludiendo sentirse apático para concluir sus estudios.	HD: Sujeto dependiente y violento con problemas en la toma de decisiones. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Joven de 15 años que acude al CSP, traído por su madre, por presentar fracaso escolar y consumo de marihuana.	HD: Ira por separación de los padres, sensación de abandono. Tx: Terapia familiar y cognitivo-conductual para tratamiento de la ira.
Mujer 71 años acude al CSP aludiendo querer morirse, no sentir motivación alguna por seguir viviendo. No perdona	HD: Depresión severa. Tx: Tratamiento cognitivo-conductual.

<p>sus errores de vida.</p>	
<p>Hombre de 19 años refiere tener alucinaciones auditivas y visuales que no le permiten concentrarse en la escuela. Éstas le dicen cómo manipular a las personas.</p>	<p>HD: Posible esquizofrenia tipo paranoide. Tx: Se le remitió al Instituto Nacional de Psiquiatría para su atención.</p>
<p>Niño de 8 años acude al CSP referido por su escuela debido a sus malas conductas. Golpea a sus compañeros, tiene poca tolerancia a la frustración y no controla sus impulsos. Estuvo diagnosticado con Asperger y recibió tratamiento durante 4 años.</p>	<p>HD: Posible Trastorno del espectro autista. Tx: Se remite a la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA).</p>
<p>Joven mujer de 14 años acude al CSP acompañada por su madre quien refiere que su hija se autolesiona, intentó suicidarse tomando antibióticos (sabiendo que éstos no la matarían). Agrede a sus amigas cuando tienen éstas otras amigas.</p>	<p>HD: Probable trastorno de la personalidad límite. Tx: Terapia cognitivo-conductual.</p>
<p>Joven mujer de 13 años acude al CSP acompañada de su madre, quien refiere que su hija se ha autolesionado 2 veces. Dice mentiras y es muy fantasiosa. Se sospecha de abuso sexual.</p>	<p>HD: Probable abuso sexual. A partir de ahí la niña miente. Tx: Terapia grupal con adolescentes.</p>
<p>Mujer de 19 años acude al CSP y refiere sentirse ansiosa, estresada y deprimida desde hace año y medio que comenzó su carrera, la cual no le gusta. Tiene mala comunicación con</p>	<p>HD: Trastorno de adaptación mixto. Tx: Terapia cognitivo-conductual.</p>

su familia. Padece de migrañas y asma.	
Joven varón de 13 años acude al CSP acompañado de su madre quien refiere que su hijo tiene bajo rendimiento escolar, no quiere comer y presenta principios de anemia. En entrevista con el joven se aprecian ideas suicidas.	HD: Posible anorexia y depresión. Tx: Terapia de Grupo con Adolescentes.
Mujer de 19 años acude al CSP por sentir que vive de forma automatizada, sin percibir lo que sucede a su alrededor. Cuando piensa a futuro siente mucho miedo. Tiene problemas familiares por sus cambios de humor.	HD: Sentimiento de culpa. Ira reprimida hacia la madre. Tx: Programa de Intervenciones Clínicas en Psicoanálisis.
Joven mujer de 12 años acude al CSP por presentar problemas de conducta tanto en la escuela como en su casa.	HD: Posible Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión causado por el entorno familiar violento y la relación disfuncional de los padres. Tx: Terapia de Grupo con Adolescentes.
Hombre de 39 años acude al CSP por referir problemas familiares debido al exceso de trabajo.	HD: Inmadurez emocional que le lleva a tener problemas de pareja. Tx: Terapia de pareja.
Niño de 8 años que acude al CSP acompañado de su madre, quien refiere que su hijo se deja golpear y rasguñar por los compañeros de la escuela y llora por todo. Su padre está actualmente en tratamiento psiquiátrico.	HD: Enojo contenido. Poca tolerancia a la frustración. Entorno familiar hostil. Tx: Terapia Sistémica.
Niño de 7 años acude al CSP referido	HD: Posible TDAH Se recomienda

por su escuela por presentar problemas de conducta y atención dispersa.	aplicar batería de pruebas. Tx: Programa de Intervención en niños.
---	---

Apoyo académico con baterías de pruebas

La aplicación de las pruebas, en algunos casos, se acompañó a modo de modelaje siempre en consultorio. Dichos modelajes se encuentran en la siguiente tabla. Específicamente con la prueba WISC-IV, se acompañó a la compañera responsable de aplicarla, alternado la aplicación de las subpruebas. La prueba Bender se aplicó como muestra didáctica para futuras aplicaciones por parte del compañero quien solicitó el modelaje.

Respecto a la calificación e interpretación de pruebas en general, el apoyo se daba en las reuniones grupales, donde los compañeros expresaban sus dudas respondiéndolas juntos, a manera de trabajo colaborativo, favoreciendo el aprendizaje del grupo en su conjunto.

1 modelaje de aplicación de la prueba WISC-IV	Calificación e interpretación de esta prueba con algunos de los compañeros.
1 modelaje de aplicación de la prueba Bender.	Calificación e interpretación de esta prueba con los compañeros.
	Calificación e interpretación de la Prueba MMPI 2 con los compañeros.

Análisis de casos e integración de expedientes

Este apartado es el más extenso, ya que integra todos y cada uno de los casos que se revisaron y se discutieron en forma grupal de forma supervisada. La dinámica dada en estas reuniones nos daba la valiosa oportunidad de enriquecer nuestro bagaje teórico, así como de aprender de la vasta experiencia clínica de nuestra supervisora, quien generosamente la compartió con nosotros.

Joven de 13 años acude al CSP con sus padres quienes refieren que su hija se autolesiona y presenta cambios repentinos de ánimo.	HD: Posible Trastorno Negativista Desafiante. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Mujer de 23 años acude al CSP por ayuda pues siente mucha presión por las amenazas de la familia de su exesposo de quitarle a sus hijos. Se siente triste y culpable todo el tiempo.	HD: Posible Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión. Tx: Terapia cognitivo-conductual
Joven varón de 17 años acude al CSP refiriendo agresiones familiares y cambio en su comportamiento. Pérdida de control de sus emociones.	HD: Víctima de violencia intrafamiliar. Tx: Terapia sistémica.
Mujer de 34 años acude al CSP por sentirse deprimida debido a su reciente separación conyugal.	HD: Duelo por separación conyugal. Tx. Programa de Duelo.
Mujer de 52 años acude al CSP por depresión.	HD: Viudez reciente. Tx: Programa de Duelo.
Niña de 7 años acude al CSP acompañada de sus padres, quienes refieren que tiene problemas de conducta en la escuela, falta de atención y desobediencia.	HD: Desintegración Familiar. Tx: Aplicación de batería de pruebas. Terapia sistémica.
Mujer de 46 años, quien refiere sentirse muy deprimida y atorada en el pasado.	HD: Depresión y ansiedad. Tx. Terapia de grupo.
Mujer de 32 años referida del INP para que se le brinde terapia adecuada para su "trastorno bipolar". Así nombra su padecimiento la paciente.	HD: Trastorno Límitrofe de la Personalidad (diagnóstico INP). Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Joven mujer de 13 años acude al CSP	HD: Posible Trastorno Límitrofe de la

<p>acompañada de sus padres quienes refieren que su hija se autolesiona desde hace un año. Pelea frecuentemente con compañeros a golpes y en casa es retadora.</p>	<p>Personalidad. Tx: Aplicación de batería de pruebas. Terapia cognitivo-conductual y Terapia Sistémica.</p>
<p>Niño de 4 años acude al CSP acompañado de su madre, quien refiere que su hijo no acata órdenes y se frustra con facilidad.</p>	<p>HD: Problemas de crianza. Aplicación de batería de pruebas. Se refiere a los padres al Programa de Estilos de Crianza.</p>
<p>Mujer de 56 años acude al CSP por sentirse muy deprimida por la muerte de su madre, primero, y de su hermana después. Refiere tener problemas con el aumento de peso.</p>	<p>HD: Depresión y Codependencia. Se remite a Terapia Racional Emotiva</p>
<p>Hombre de 19 años referido de la escuela secundaria por alta reprobación. Se demanda descartar posible TDAH.</p>	<p>HD: Descartar posible TDA Tx: Programa de Neuropsicología.</p>
<p>Hombre de 28 años acude al CSP por ayuda con sus adicciones y su depresión.</p>	<p>HD: Ansiedad extrema que equilibra con el abuso de sustancias. Tx: Programa de adicciones.</p>
<p>Mujer de 55 años acude al CSP por sentirse deprimida desde hace 17 años. Se siente preocupada por su hija porque no quiere estudiar. Se percibe incapaz de poner límites lo que ocasiona problemas con los demás miembros de su familia.</p>	<p>HD: Necesidad de reconocimiento y rasgos depresivos. Tx: Terapia Racional Emotiva.</p>
<p>Niña de 8 años acude al CSP acompañada de su madre y referida por su escuela primaria para tener</p>	<p>HD: Se sospecha ser víctima de bullying. Tx: Terapia de juego.</p>

atención psicológica porque la niña amenaza a algunas niñas que la molestan en la escuela.	
Mujer de 21 años acude al CSP y refiere tener conflictos con su madre. Baja autoestima y dificultad para relacionarse en pareja.	HD: Sentimiento de inequidad en las relaciones interpersonales y baja autoestima. Tx: Terapia Racional Emotiva.
Niña de 10 años acude al CSP acompañada por su madre quien refiere que su hija presencia muchas peleas entre sus padres, debido a que el padre tiene otra familia y va y viene entre las dos casas.	HD: Triangulación Parental. Tx: Terapia sistémica.
Mujer de 18 años acude al CSP por sentir que es muy retraída y penosa, además de tener bajo rendimiento académico.	HD: Disfunción Familiar. Tx: Terapia Sistémica.
Mujer de 29 años acude al CPS por presentar problemas familiares que le afectan a su salud física desde hace 10 meses.	HD: Violencia intrafamiliar. Entorno hostil que le provoca depresión y ansiedad. Tx: Programa de Intervención Clínica en Psicoanálisis.
Mujer de 37 años acude al CSP solicitando ayuda para superar la reciente separación de su esposo así como el odio que siente por su madre.	HD: Depresión ocasionada por violencia intrafamiliar y sentimiento de abandono. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Joven mujer de 14 años acude al CSP acompañada de su madre, quien refiere que su hija es muy rebelde, se corta y tiene bajo rendimiento escolar.	HD: Rasgos de personalidad límite. Tx: Terapia cognitivo-conductual y Terapia sistémica.
Mujer de 27 años acude al CSP por	HD: Depresión mayor.

sentirse muy triste, sin concepción de futuro. Tiene problemas para dormir, cambios en el peso y mucha culpa.	Tx: Programa de Medicina Conductual.
Mujer de 17 años acude al CSP por sentir miedo de salir sola, no quiere ir a la escuela. Se relaciona con sus hermanos adecuadamente y con los demás únicamente lo hace por correo electrónico. Está inapetente.	HD: Posible Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Joven varón de 14 años acude al CSP acompañado de su madre, quien refiere que su hijo no quiere estudiar, es muy rebelde y mentiroso. Ha fumado marihuana.	HD: Problemas de apego. Tx: Terapia sistémica
Mujer de 19 años acude al CSP por ayuda para tratar TOC. Desde hace 4 años que murió su hermano por un tumor cerebral le ha sido mucho más difícil controlar su ansiedad.	HD: Proceso de duelo y depresión. Tx: Terapia cognitivo-conductual y Programa de Duelo.
Niño de 5 años acude al CSP acompañada de su madre quien refiere que su hijo no obedece. Tiene problemas de atención y es hiperactivo.	HD: Falta de atención dentro del núcleo familiar. Se mandó batería de pruebas, sin embargo el CSP lo dio de baja por no responder a los llamados ni a las citas.
Mujer de 57 años acude al CSP por tener problemas de comunicación con el hijo adolescente que no quiere estudiar.	HD: Problemas familiares disfuncionales. Tx: Terapia sistémica.
Mujer de 18 años acude al CSP por sentir frustración, angustia, estrés, ataques de furia por la escuela.	HD: Problemas de control de impulsos y tolerancia a la frustración. Tx: Programa de Control de

Aislamiento de los compañeros. No tiene amigos.	Emociones.
Mujer de 22 años acude al CSP por tener dificultad para concentrarse y comprender la información. Llega con diagnóstico anterior de Depresión Mayor y haber estado medicada por 3 años en Psiquiatría.	HD: Violencia Intrafamiliar que le genera estrés, ansiedad y depresión, que a la vez la llevan a la ingesta de medicamentos, alcohol y drogas. Tx: Terapia de Adicciones y a Atención Psiquiátrica en el INP.
Niña de 10 años acude al CSP acompañada de su madre, quien refiere que su hija no habla en la escuela, así como no socializa con los compañeros, siendo esta conducta totalmente opuesta en casa.	HD: Se sospecha índice de madurez mental insuficiente. Tx: Terapia Psicoeducativa.
Mujer de 41 años acude al CSP por haberse separado del cónyuge hace un año. Los hijos decidieron irse a vivir con él.	HD: Duelo por separación de los hijos. Tx: Programa de Duelo.
Niño de 7 años acude al CSP referido por su escuela primaria por mal comportamiento. Solicitan evaluación completa del menor.	HD: Problemas de crianza y de apego. Tx: Terapia de Juego para el paciente y Programa de Estilos de Crianza para la madre.
Joven mujer de 13 años acude al CSP acompañada por su madre, quien refiere que su hija en la escuela presenta mal comportamiento y rebeldía. Además se autolesiona con navajas.	HD: Abandono. Madre genera ansiedad en la paciente. Tx: Programa de Estilos de Crianza para la madre y Terapia Familiar.
Mujer de 36 años acude al CSP por tener serios problemas con sus relaciones de pareja.	HD: Conflictos con la Función Padre. Promiscuidad. Tx: Programa de Intervenciones

	Clínicas en Psicoanálisis.
Mujer de 55 años acude al CSP por tener problemas con su escritura bajo estrés y por tal motivo no puede conseguir un trabajo. Además pide ayuda para mejorar la figura de autoridad.	HD: Duelo Patológico y ansiedad. Tx: Programa de Duelo.
Hombre de 33 años acude al CSP solicitando ayuda para el control de sus emociones. Viene diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y está medicado al respecto.	HD: Crisis de angustia. Tx: Programa de Neuropsicología Clínica.
Mujer de 52 años acude al CSP por tener cambios súbitos de estado de ánimo, depresión y problemas para conciliar el sueño.	HD: Duelo Patológico y Personalidad Dependiente. Tx: Programa de Duelo y Terapia cognitivo-conductual.
Hombre de 28 años acude al CSP y refiere que su depresión ha ido en aumento, impactando todos los aspectos de su vida.	HD: Incapacidad en la toma de decisiones. Necesidad de reconocimiento y valoración. Tx: Terapia Psicoanalítica.
Mujer de 52 años acude al CSP manifestando sentir ansiedad, depresión y nervios.	HD: Problemas con la toma de decisiones. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Joven mujer de 13 años acude al CSP acompañada de su madre quien refiere que su hija no quiere ir a la escuela, pelea a golpes e insultos con el padre, maltrata a la abuela. Piensa que terminará en la cárcel.	HD: Dinámica familiar disfuncional contra la cual el adolescente se está rebelando. Tx: Terapia Sistémica y Programa de Problemas de Conducta.
Joven mujer de 12 años acude al CSP	HD: Posibles problemas de apego.

<p>acompañada de su abuela, quien refiere que desde que la familia pasa por una crisis económica a la paciente parece haberle cambiado el carácter. La madre tuvo que empezar a trabajar y tienen problemas con la hermana mayor.</p>	<p>Sobreprotección materna. Tx: Terapia Sistémica.</p>
<p>Niño de 9 años acude al CSP acompañado de su madre quien refiere que su hijo se orina por las noches, es nervioso e inseguro. No quiere comer por sentir una bola en la garganta.</p>	<p>HD: Enuresis Tx: Programa de Intervención en Niños.</p>
<p>Joven mujer de 16 años acude al CSP y refiere que ha tenido cambios de carácter radicales. Se fue un tiempo de casa por considerarse un conflicto para su familia. Se deja influenciar fácilmente.</p>	<p>HD: Problemas de autoestima y control de emociones. Ansiedad elevada. Tx: Terapia Sistémica y Terapia de Grupo para Adolescentes.</p>
<p>Hombre de 20 años acude al CSP por sentir depresión, miedo e inseguridad.</p>	<p>HD: Ansiedad por padre autoritario y demandante. Tx: Programa de Intervenciones Clínicas en Psicoanálisis.</p>
<p>Joven varón de 13 años acude al CSP acompañado de su madre quien refiere que su hijo no pone atención en la escuela. Es irresponsable con las tareas y obligaciones. Se olvida de sus pertenencias. Muestra desinterés por las actividades que involucran memoria y concentración.</p>	<p>HD: Posible Trastorno de Déficit de Atención (TDA) Tx: Terapia cognitivo-conductual.</p>
<p>Hombre de 33 años acude al CSP</p>	<p>HD: Víctima de abuso sexual.</p>

refiriendo que no puede establecer relación de pareja duradera. Siente desesperanza, culpa y angustia. Previa abuso sexual en la infancia.	Se remite al Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM).
Niño de 7 años acude al CSP acompañado de su abuela paterna, quien refiere que su nieto presenta problemas de lenguaje, timidez. El paciente está en el proceso de pleito legal de la guardia y custodia. No quiere ver a su mamá.	HD: Triangulación parental. Tx: Programa de Intervención en niños.
Hombre de 28 años acude al CSP debido a que tiene problemas para relacionarse con parejas por sentir celos e inseguridad	HD: Baja autoestima. Tx: Terapia Racional Emotiva.
Hombre de 25 años acude al CSP debido a que se siente confundido acerca de su preferencia sexual.	HD: Problemas de orientación sexual. Tx: Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM).
Mujer de 39 años acude al CSP para obtener ayuda y poder salir de una relación destructiva de pareja.	HD: Víctima de abuso psicológico, dependiente emocional. Tx: Terapia con perspectiva de género.
Mujer de 29 años acude al CSP y refiere tener antecedentes de abuso sexual y maltrato en la infancia y adolescencia, que afectan su vida matrimonial.	HD: Víctima de violencia intrafamiliar y abuso sexual. Tx: Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM).
Joven varón de 13 años acude al CSP por sentirse enojado, triste y con miedo.	HD: Depresión debida al contexto de violencia intrafamiliar en el que vive. Tx: Programa de Control de Emociones.
Hombre de 20 años acude al CSP por	HD: Ansiedad elevada. Problema en la

sentirse deprimido, ansioso y confundido desde que entró a arquitectura. Le preocupa su proyecto a futuro.	toma de decisiones. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Niño de 4 años acude al CSP acompañado de su madre quien solicita descartar posible Asperger.	HD: Posible Asperger. Tx: Remitir al Programa de Neuropsicología para su evaluación.
Hombre de 37 años acude al CSP por sentirse inseguro y tener problemas de pareja.	HD: Baja autoestima. Víctima de violencia psicológica. Tx: Terapia Racional Emotiva.
Mujer de 77 años acude al CPS solicitando ayuda para controlar las secuelas dolorosas de un Herpes Zoster.	HD: Trastornos alimenticios. Tx: Programa de hábito alimenticios.
Mujer de 59 años acude al CSP por episodios recurrentes depresivos. Tiene un hijo con esquizofrenia y hepatitis C y siente que su vida ya no tiene sentido.	HD: Violencia intrafamiliar y depresión. Tx: Terapia cognitivo-conductual.
Mujer de 18 años acude al CSP solicitando ayuda para trabajar sus estados de frustración y toma de decisiones impulsivas.	HD: Baja autoestima Tx: Terapia Racional Emotiva.
Mujer de 21 años acude al CSP por tener conflicto con sus relaciones de pareja. Tiene previo tratamiento en el Centro de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales.	HD: Búsqueda de la figura paterna en sus relaciones de pareja. Duelo por pérdida de la figura. Tx: Programa de duelo.
Joven varón de 13 años acude al CSP acompañado de su madre. El paciente refiere sentirse mal emocionalmente	HD: Trastorno de ansiedad por separación. Sufrió violencia intrafamiliar y actualmente sufre de

por el divorcio de sus padres.	bullying en la escuela. Tx: Terapia sistémica con la madre.
Mujer de 34 años acude al CSP por orientación para comunicarse mejor con sus hijos.	HD: Necesidad de reconducir su sistema familiar. Tx: Programa de Habilidades de crianza y Terapia Sistémica.
Joven mujer de 13 años acude al CSP y refiere que se corta con navajas brazos y piernas y le dan muchas ansias. Se siente culpable de los problemas en casa.	HD: Falta de jerarquía en la familia, sentimientos de culpa y desprotección. Ausencia de figuras masculinas. Ansiedad severa. Tx: Terapia Sistémica.
Joven mujer de 17 años acude al CSP por presentar bajo rendimiento académico. Debido a la mucha tensión que siente ha comenzado a beber desde hace 8 meses.	HD: Posible Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Tx: Programa de Control de Emociones.

El siguiente reporte de caso se incluye como un ejemplo del trabajo realizado en el Servicio Social.

Entrevista Inicial en paciente con episodio psicótico.

Ficha de identificación.

Nombre: LPL

Edad: 19

Sexo: Masculino

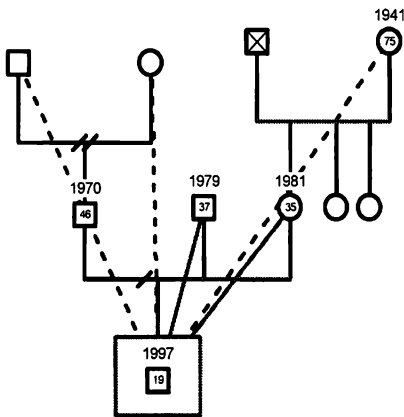
Estado Civil: soltero

Ocupación: estudiante

Escolaridad: cursando último año de bachillerato en la prepa 4 "Vidal Castañeda y Nájera", UNAM.

Fecha de entrevista inicial: 22 de septiembre de 2014.

Familiograma:



Dinámica Familiar:

El paciente vive con su madre y la pareja actual de ésta con quienes tiene una buena relación. Al padre dejó de verlo cuando él tenía 5 años, ya que emigró a los Estados Unidos. Tampoco tiene contacto con la familia paterna. Con su familia materna tiene poca relación, de hecho distante. Es hijo único.

Motivo de consulta:

El paciente refiere tener problemas del sueño, (insomnio, pesadillas) dificultad para concentrarse, visiones (pantallas de color y gente) y voces que le piden manipular a los demás y que le provocan problemas de conducta en la escuela. Manifiesta también tener problemas para relacionarse con los demás y para expresarse.

Antecedentes:

El paciente refiere que a partir de la muerte de su abuelo a los 5 años, éste comenzó a aparecersele. Le parecía totalmente normal, no sentía miedo. No lo compartió con sus padres. Meses después, el padre del paciente migró a Estados Unidos. A partir de los 8 años se añadieron algunas voces que le hablaban, entre ellas la del abuelo. Aproximadamente a los 15 años tiene una novia que también oía voces. Sus padres se la llevan a Colombia y ahí ella se suicida con pastillas. Esto agudiza la sintomatología del paciente. Las alucinaciones visuales y las sonoras son ahora en todo momento. Frente al espejo su imagen se distorsiona, se borra, se engorda, se le agregan partes de animales a su rostro y en ocasiones se refleja otra persona “un loco” junto a él. Como intentos de solución el paciente fue a la Clínica del Sueño de la UNAM y pidió apoyo psicológico en su escuela de donde es referido a este Centro de Servicios.

Examen Mental:

Se presenta paciente masculino de edad aparente a la cronológica en adecuadas condiciones de higiene y aliño. No se observan alteraciones motrices. Se presenta al servicio psicológico por canalización de la institución en la que estudia. Se muestra asustado y ansioso, sin embargo colabora con la terapeuta en la entrevista. Se le encuentra orientado en espacio y tiempo. Se observa lenguaje verbal con niveles adecuados de tono, volumen y velocidad. El contenido del pensamiento gira en torno a su preocupación por la presencia de alucinaciones visuales y sonoras que comienzan a ser amenazantes. Se observan alteraciones sensorio-perceptivas ante el espejo. Es consciente de la situación por la que atraviesa y demanda ayuda para resolverla.

Desarrollo de la entrevista:

Al inicio de la entrevista se establece el rapport durante la bienvenida. Posteriormente se indaga sobre su motivo de consulta. El paciente describe sus síntomas, entre los cuales distingue sufrir de taquicardia, sudor frío en las manos, dificultad para concentrarse y poner atención en clase a causa de las constantes

voces que le hablan y lo distraen. Además sostiene tener cambios súbitos de humor provocados en gran medida por sus voces. Relata que el psicólogo de su escuela lo mandó al CSP porque últimamente sus “visiones” se le aparecen en medio de la clase inquietándolo notablemente.

Se indaga sobre su historia familiar, destacando lo referido en la solicitud de servicio acerca de la muerte de su abuelo cuando él tenía 5 años, hecho que el paciente destaca como el inicio de sus visiones, ya que su abuelo repetidamente se aparecía en su recámara cuando estaba por dormirse y le hacía gestos. Para el paciente esto era normal, la visión de su abuelo, de hecho, lo reconfortaba y acompañaba. Meses después de la muerte de su abuelo, el paciente relata que sus padres se separan y el padre se va a vivir a los Estados Unidos. Vive con su madre varios años hasta que ésta re-hace su vida con una nueva pareja, con quien comparte su vida hasta el momento actual, no manifestando conflicto alguno con esta relación.

Recuerda que aproximadamente a los 8 años escucha por primera vez una voz que le habla. Esta voz lo sorprende pero no lo amenaza, refiere que aprende a vivir con ella, incluso a veces, era simpática. Relata que tuvo una novia en la secundaria, quien también como él oía y veía cosas. “A veces más y a veces menos”. “Por eso se la llevaron a Colombia sus papás, ahí se quitó la vida”. “Lloré mucho. Tiempo después de eso mis visiones no fueron tan agradables, antes me hacían reír, ahora...”

A partir de este momento de la entrevista, el paciente se queda callado, cambia su gesto y comienza a mirar atrás de la entrevistadora. Adopta una actitud evasiva, sufriente, asustada. Se indaga qué sucede. El paciente tarda un par de minutos en responder, mientras tanto gesticula en respuesta a lo que ve y oye que ha llegado al cubículo. Se procura llamar su atención y establecer contacto visual. Se logra después de unos minutos. A continuación se detallan los diálogos más significativos de este episodio:

Paciente ¿Ves?, ya llegaron.

Terapeuta: ¿Quiénes?

Paciente: Ellos. (señala con la cabeza baja sin hacer contacto visual). Abrieron la puerta. Aquí están. Me dicen que te manipule, yo no quiero.

Terapeuta: Yo no los veo. (Me levanto y le enseño que la puerta sigue cerrada).

Paciente: Tú no los ves pero ahí están.

Se da una intervención primero de contención para lograr cierta calma y posteriormente se le orienta sobre su posible padecimiento. Se le dice que será necesario que tome un medicamento administrado por un psiquiatra, y que si está de acuerdo haríamos un oficio para que lo atiendan en el INP. Se le pregunta si está de acuerdo, a lo que responde afirmativamente. Pregunta si tendrá terapia en el CSP también, se le dice que una vez que vaya al INP y lo atiendan puede tener terapia simultáneamente con nosotros. Se le pregunta a quién se puede llamar para que venga por él y lo acompañe al INP. El paciente refiere que se le llame a su mamá. El paciente se muestra muy intranquilo. Se le pregunta si puedo tomarlo de la mano para acompañarlo hacia la sala de espera. Se le pregunta cómo siente la mano, si está fría o caliente, tersa o áspera, grande o pequeña, etc... Se logra su atención de vuelta, se tranquiliza. La mano le da sostén, no quiere que se le suelte. Sin embargo espera atento a los movimientos de la terapeuta mientras pide el oficio y llama a su madre. La terapeuta le muestra el oficio, él lo lee y lo firma. Esperamos a que llegue la madre. Una vez que llega la madre se le informa lo que sucede y se le instruye a que acompañe a su hijo al INP. Se le pide que le tome de la mano. El paciente se va sonriendo, da las gracias.

Marco Teórico:

Esquizofrenia

Según lo que refiere Beloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (2008), la primera aproximación a lo que se conoce actualmente con el nombre de esquizofrenia, fue la designada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), quien utilizó el término de *dementia praecox* para identificar a un conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de delirios y vacío afectivo, los cuales aparecían a

una edad relativamente temprana, con un curso crónico y deteriorante. Posteriormente Kraepelin denominó como psicosis funcional a su *dementia praecox*, para diferenciarla de las psicosis orgánicas, como el Alzheimer, que incluyen alteraciones neuropatológicas evidentes. En función de la prominencia de determinados síntomas, Kraepelin distinguió 3 subtipos de *dementia praecox*: paranoide, catatónica y hebefrénica.

El psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler (1857-1939), fue quien introdujo el término esquizofrenia en 1908 durante una conferencia en Berlín. Recalcó que la normalidad fundamental y unificadora de la enfermedad consistía en la división o fragmentación del proceso de pensamiento. Dividió los síntomas en dos categorías: los *síntomas fundamentales* donde agrupó el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado, la abulia, el trastorno atencional y la indecisión conceptual y los *síntomas accesorios* tales como el delirio y las alucinaciones.

Bleuler a diferencia de Kraepelin consideraba que la esquizofrenia era un heterogéneo grupo de trastornos a los que refirió como *grupo de las esquizofrenias*, en el que incluyó la esquizofrenia simple no psicótica (Bleuler), el trastorno esquizo-afectivo (Kasanin), la esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch y Polatin) entre otras.

Asimismo Beloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (2008) refiere que tras la segunda guerra mundial y con el fin de utilizar un lenguaje común para el diagnóstico de las enfermedades mentales, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 1952 elabora la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-1). En esta versión se eligieron los síntomas de primer rango descrito por el psiquiatra alemán Kurt Schneider, como un primer intento de sistematizar el diagnóstico de la esquizofrenia utilizando síntomas específicos. Schneider a diferencia de Bleuler, consideró que los delirios y alucinaciones eran los síntomas más característicos para definir esta enfermedad.

A lo largo de los siguientes años y hasta la actualidad, la investigación sobre los trastornos mentales ha seguido su curso y con esto se han ido revisando y

publicando nuevas versiones del DSM (actualmente DSM-5), así como las versiones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominadas como Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) actualmente en su décima versión.

Los criterios consultados para la hipótesis diagnóstica en este caso fueron con base en el CIE-10 y en el DSM-IV-TR expuestos a continuación.

Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia y esquizofrenia paranoide.

F20 Esquizofrenia. Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la

afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos precedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F1x.5.

Formas de evolución

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 Continua.

F20x.1 Episódica con defecto progresivo.

F20x.2 Episódica con defecto estable.

F20x.3 Episódica con remisiones completas.

F20x.4 Remisión incompleta.

F20x.5 Remisión completa.

F20x.8 Otra forma de evolución.

F20x.9 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado

F20.0 Esquizofrenia paranoide[Crterios DSM IV]

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye:

Esquizofrenia parafrénica.

Excluye:

Estado paranoide involutivo (F22.8).

Los criterios del DSM-IV-TR sobre esquizofrenia y esquizofrenia paranoide.

Criterios para el diagnóstico de

F20.xx Esquizofrenia [Criterios CIE 10]

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de 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 períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) 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 las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de

F20.0x Tipo paranoide de esquizofrenia (295.30)[Criterios CIE 10]

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos

- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Conclusiones:

A partir de la indagación hecha en la entrevista inicial, se sabe que el paciente a partir de la muerte del abuelo y la migración del padre a E.U. presenta el primer síntoma de alucinación visual, cuando contaba con 5 años de edad. El segundo, aparece los 8 años como alucinación sonora. Ambas alucinaciones se mantienen durante la etapa de la adolescencia, durante la cual, y a partir del suicidio de su novia, se agudizan. Se dispara tanto el número de voces como el tono de las mismas, generando síntomas manifiestos de ansiedad elevada. Además desde hace 2 años, se agregan dos alucinaciones visuales, que ha decir del paciente resultan intrusivas y amenazantes, mismas que se confirmaron con el abrupto cambio corporal y psíquico que el paciente tuvo en el consultorio, próximos al final de la entrevista. Se suma a esta descripción, las alteraciones sensorio-perceptivas de su rostro ante el espejo descritas con anterioridad.

Con base en el DSM-IV-TR, el paciente presenta del apartado A los dos primeros síntomas característicos de la esquizofrenia que corresponden a: Ideas delirantes (voces) y Alucinaciones.

Con relación al apartado B existe un desempeño por debajo de lo esperable a nivel académico y social. El apartado C correspondiente a la duración de los síntomas, ésta se mantiene desde la infancia, época de la aparición y la adolescencia época en que se agudizan los mismos.

Con relación a los criterios de esquizofrenia tipo paranoide de la fuente mencionada, el paciente presenta los dos primeros criterios pertenecientes a la

preocupación por la existencia de ideas delirantes y alucinaciones, donde no hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Con referencia a lo descrito en el CIE-10 sobre esquizofrenia tipo paranoide, el paciente presenta distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, voces alucinatorias y alucinaciones visuales. Conserva por el momento, tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual. Con base en lo anterior deviene la siguiente hipótesis diagnóstica y recomendación terapéutica.

Hipótesis Diagnóstica: Posible esquizofrenia tipo paranoide.

Tratamiento: El paciente es canalizado al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) para su diagnóstico y tratamiento. En el caso de que el paciente regresara ya atendido en el INP se le derivaría al Programa de Medicina Conductual.

Recomendaciones y Sugerencias

El siguiente apartado contiene, a manera de conclusión, las causas por las cuales se consideró que la entrevista inicial es un elemento esencial en el proceso psicodiagnóstico.

También se incluyen algunas sugerencias, las cuales nacen de la práctica y la experiencia en el Servicio Social, esperando sean de utilidad para quienes tienen a su cargo la tarea de formar estudiantes en la práctica, así como de conservar y mejorar cada día la calidad del servicio que allí se ofrece.

La importancia de la entrevista inicial en el CSP

Esta entrevista es, en mi opinión, vital para el futuro del paciente. Ya que aportará información que posteriormente definirá una hipótesis diagnóstica y una asignación a tratamiento. Por lo tanto, me parece indispensable que los alumnos practicantes encargados de realizarla, tengan la conciencia de que su desempeño en la entrevista, posibilitará una adecuada orientación del paciente en cuestión, además de ser en todo momento, la imagen de la Institución en ese primer contacto.

En esta entrevista, nuestra supervisora nos enseñó que siempre es fundamental abordar tres momentos relevantes: el motivo manifiesto de consulta, con el que comienza la entrevista, mediante la mención de lo que el paciente escribió en su solicitud de servicio; después, rectificar el tiempo que lleva padeciendo los síntomas, indagando qué pasaba en ese momento en la vida del paciente que los detonó; y, por último, explorar qué lo hizo acudir hasta ahora al CSP.

Durante el discurso del paciente se tendrán que observar tanto las reacciones corporales como verbales, escuchar atentamente aquellos aspectos que jerarquiza de sí mismo y de su vida, así como si discrimina las áreas conflictivas y adaptativas de sí y de su entorno.

Esta primera entrevista tiene un impacto en el paciente que, de ser positivo, establecerá una transferencia con la Institución, que se verá reflejada en una mayor disposición para integrarse en alguno de los programas.

Con base en la propia experiencia y a lo observado con los compañeros de prácticas, considero que, los que hacemos la entrevista inicial cursando el quinto y sexto semestres, además de ser novatos en el contacto con pacientes y el manejo de la técnica de entrevista, no tenemos conocimientos sobre psicopatología, puesto que esas asignaturas en el Plan 2008 corresponden a los últimos dos semestres, lo que hace, en principio, que entremos a la entrevista con poca preparación y con ello, no alcancemos a dimensionar, el valioso material que el discurso y el cuerpo del paciente nos brindan en la entrevista, para posteriormente elaborar una hipótesis diagnóstica, que esté estrechamente vinculada con la adecuada asignación al tratamiento.

Esta hipótesis diagnóstica debe responder a la observación durante la entrevista y al sustento teórico psicopatológico, además de la revisión y manejo de la guía descriptiva de los síntomas pertenecientes al Manual Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada. (DSM-IV-TR), lo que prácticamente desconocemos en esos semestres de la carrera.

Así que queda como **primera sugerencia** a quienes están encargados de revisar el Plan de estudios y sus prácticas, que el contacto con pacientes sea en los últimos semestres de la carrera, donde simultáneamente estamos concentrados en estudiar las distintas patologías y la intervención clínica de éstas. Si tuviéramos esa base teórica cuando recibimos a un paciente en entrevista inicial, sabríamos cómo conducir la entrevista para que sea elemento esencial de nuestro diagnóstico y hagamos una adecuada derivación a tratamiento.

En cuanto a los tiempos...

El proceso de admisión al CSP que un sigue paciente cuenta con una serie de pasos, como son: acudir en los días señalados a hacer la solicitud de servicio, esperar la llamada que confirma la aceptación al CSP y que agenda la primer cita

para la entrevista inicial. Después de haber asistido a la entrevista inicial, el paciente esperará a que el terapeuta del Programa donde haya sido asignado se comunique con él para hacer cita de inicio de tratamiento.

Los tiempos de espera que se dan en este proceso han ido, con el tiempo, mejorando, ya que ha sido prioridad de la jefatura hacerlo más ágil. Durante mi estancia en el Servicio Social, pude constatar que el tiempo entre la solicitud de servicio y el contacto que agenda la primera cita se da en un promedio de 10 días. La cita para la entrevista inicial varía de entre 7 días de efectuada la llamada a mes y medio aproximadamente. El tiempo entre la entrevista inicial y la llamada del Programa asignado varía entre 7 días y en casos extremos, todo el semestre.

Los pacientes que acuden al CSP generalmente llegan angustiados, buscando ayuda y orientación a su desesperada situación. Nosotros trabajamos con el sufrimiento de quienes nos consultan, por lo tanto, el tiempo que tardemos en atenderlos es un factor que incide de forma oportuna, si el tiempo es breve, o adversa, si la espera es larga.

Con base en ello, como **segunda sugerencia** a todos los involucrados con los tiempos de espera del paciente recomiendo que consideren el estado de sufrimiento y ansiedad de quienes acuden a nosotros, para que todo trámite y derivación puedan llevarse a cabo de forma expedita.

Sobre la ética...

La Psicología, como otras profesiones enmarcadas dentro de las ciencias de la salud, sociales y humanísticas, tiene como centro de atención al ser humano, por lo que todo su quehacer debe sustentarse en profundos y sólidos cimientos éticos.

Considero que nosotros, los que nos formamos como profesionales en la clínica, tenemos que conocer las garantías individuales que todo ser humano tiene y son reconocidas como derechos en nuestra Carta Magna, debemos respetarlas y hacerlas valer.

El Plan de estudios 2008 tiene las asignaturas llamadas contextuales, donde están incluidas Transdisciplina I y II, Identidad Universitaria, Comprensión de la Realidad

Social I, II y III, Conocimiento de Frontera y Ética Profesional, que mi juicio son indispensables, no sólo porque consideren aspectos éticos y de identidad, sino porque además crean conciencia de la realidad del contexto social en nuestro país, invitándonos a establecer una postura y comprometernos desde nuestra profesión y desde nuestro papel de universitarios con la comunidad.

Por lo tanto, como **tercera sugerencia** quisiera recomendar a quienes han considerado retirar esas asignaturas del Plan 2008, que no sólo las mantengan, sino que las nutran como parte indispensable de la formación profesional.

En cuanto a los alumnos que nos formamos en las Prácticas y en el Servicio Social, considero prioritario el hecho de incorporar dentro de nuestra práctica una actitud que implique un compromiso ético, tanto con la Institución que nos forma generosamente, como con todos y cada uno de los que ahí laboran, así como con los pacientes que nos consultan.

Lamentablemente observé, de cuando en cuando, durante mi Servicio Social, que algunos compañeros no tenían conocimiento de las garantías individuales, por lo que incurrían en actos de discriminación, y hacían un uso indebido de la confidencialidad de la información. Con tristeza vi que algunos no tenían conciencia de que cada expediente representa a una persona que espera ser atendida y que esto depende de ellos, ya que el trabajo que hacen con la entrevista inicial y la debida integración de su expediente tiene un efecto directo en el oportuno acceso al tratamiento.

Por lo tanto y como **última sugerencia** a los maestros encargados de los alumnos en prácticas de psicodiagnóstico y servicio social, les solicito que no escatimen esfuerzos por formar la conciencia ética en los alumnos, por explicarles cuantas veces sea necesario lo que implica trabajar con personas y su sufrimiento.

Referencias Bibliográficas

- Barragán Torres, N., Heredia Ancona, C., Lucio Gómez-Maqueo, E. "Perfil del psicólogo clínico" en Urbina Soria, J. (1989) *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: UNAM.
- Beloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (2008). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos en Manual de Psicopatología, Vol. II. Cap. 13 Madrid: Mc Graw Hill / Interamericana de España.
- Bleger, J. (1976). "La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la Investigación. Ensayo de categorización de entrevista". En *Temas de Psicología: entrevista y grupos*, Argentina: Nueva Visión, pp. 9-53.
- Cárdenas, Aurora. Apuntes sobre el manejo del DSMIV-TR
- CIE-10 Criterios para esquizofrenia y esquizofrenia paranoide consultados en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E. (2006) "Pruebas y Evaluación Psicológica" en *Pruebas y Evaluación Psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw-Hill.
- Díaz Portillo, I. (2001) "Investigación de la Historia Personal y Familiar" e "Integración de los datos de la entrevista", en *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. México: Pax pp. 115-152 y pp. 179-192.
- DSM-IV-TR Criterios para esquizofrenia y esquizofrenia paranoide consultados en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html>
- Esquivel, F., Heredia, C., Lucio, E. (1999) "Integración del Informe Psicológico", en *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno, pp. 303-355
- Fauman, M. A. (2003). *DSM-IV-TR: Guía de estudio*. Barcelona: Masson, S. A.
- Fernández –Jaén, A., Fernández-Mayoralas, M., Calleja-Pérez, B., Muñoz Jareño, N. "Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento" en *Revista de Neurología* 2007, 44 (Supl. 2): S53-S55. Consultado en <<http://www.disfas.eu/wp-content/files/wiki/Asperger%20-%20Diagnostico%20y%20tratamiento.pdf>>, 30 de septiembre de 2014.
- Galván Millán, E. "Actividades de los prestadores del Servicio Social en las Instituciones del Sector Público", en Urbina Soria, J. (1989) *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: UNAM, pp. 523-538
- Kenberg, O. F., (1999) *Trastornos Graves de la personalidad*. Manual Moderno: México.

- Laplanche-Pontalis (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. México: Paidós. p.81
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Mannoni, M. (1975). "Prefacio", *La primera entrevista con el psicoanalista*. Argentina: Granica 2ª Ed, pp. 9- 40
- Noguerol, V. "Aspectos Psicológicos del Abuso Sexual Infantil", en *Niños Maltratados*, Consultado en <<http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=p9zH8tVQGLgC&oi=fnd&pg=PA177&dq=abuso+sexual+en+menores+DSM+IV&ots=UA4fEYuBR3&sig=N-08PJeQiwHbG6FNLMbw1PYLH-0#v=onepage&q&f=false>>, 30 de septiembre de 2014.
- Roa Álvaro, A. "Bases Teóricas y Conceptuales de la Evaluación en Psicología Clínica", en *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. consultado en .pdf
- Torres Maldonado, Karina Apuntes sobre historia biográfica para la asignatura de psicodiagnóstico II
- Sociedad Mexicana de Psicología, (2010) *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.

Anexos

 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE PSICOLOGIA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL</p>	<p>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS “DR. GUILLERMO DAVILA” ENTREVISTA INICIAL</p>
--	--



ENTREVISTA INICIAL

Fecha:	Expediente:	
Edad:	Sexo: () Masculino () Femenino	Tel:
Correo:		

EXPLORACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA:

Motivo manifiesto:
Tiempo de inicio de los síntomas:
Acontecimientos que agudizan los síntomas:

Intentos de solución:

FAMILIOGRAMA:

--

Dinámica familiar:

EXPLORACIÓN GENERAL:

Aspectos intelectuales:

Aspectos emocionales:

Principales conflictos:

Áreas libres de conflicto:

Otros datos relevantes:

Hipótesis de Diagnóstico:

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES:

•
•
•
•
•

Sugerencias terapéuticas:

Evaluación complementaria que se sugiere:

Entrevistador: _____

Programa al que pertenece: _____

Supervisor: _____

