

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**DETECCIÓN DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS
MEDIANTE UN MODELO DE ADMISIÓN CLÍNICO
COMUNITARIO**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GRISEL VILLALUZ CARMONA

**DIRECTORA DEL INFORME:
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**

**REVISORAS
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
SINODALES
MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
MTRA. BEATRIZ A. MACOUZET MENÉNDEZ**

**INSTITUCIÓN RECEPTORA: CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"**

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO AL
TRABAJO COMUNITARIO CLAVE: 2014 - 12 / 23 - 3032**



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO. CIUDAD UNIVERSITARIA. 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias papá y mamá, porque no tengo duda de que siempre hicieron lo que mejor creyeron para mis hermanos y para mí, seguramente no fue fácil criar a cinco hijos; gracias por quererme y porque sin sus enseñanzas yo no sería la mujer que soy. Lupita, te agradezco mucho que me enseñes a cocinar y tantas cosas más con las cuales me has encaminado hacia la autosuficiencia. A ti papá, gracias porque con tu ejemplo he aprendido que las cosas se logran con empeño y compromiso.

Oscar, Mary, Germán y Rebe, hermanos los quiero mucho. Siempre que nos recuerdo cuando éramos niños, vienen a mi mente felices momentos. Queridos sobrinos, Osmar, Diego, Memo[†], Pame, Regina, Romina y Mateo, los amo y son una gran alegría en mi vida.

Germán, gracias por tu amor, por todo el apoyo que me has brindado y por acompañarme en mi camino hacia la realización profesional, también por los momentos felices que hemos compartido, Te amo.

A mis amigos y compañeros de la facultad y del CCAP "Los Volcanes", con quienes crecí profesionalmente y también he compartido felices momentos y triunfos, muchas gracias por su cariño y su amistad, en especial a Caro, Yessi y Liz, con quienes compartí gran parte de esta aventura.

También quiero agradecer a las personas que colaboraron conmigo para que este trabajo fuera posible:

Mtra. Asunción, gracias por invitarme y darme la oportunidad de formar parte de Volcanes, por valorar mi trabajo y por sus enseñanzas.

Dra. Paulina Arenas, mil gracias por el tiempo dedicado, por todo tu apoyo, tus sugerencias y aportaciones que me fueron de gran ayuda para que este trabajo se convirtiera en algo real y en una meta más alcanzada en mi vida.

Dra. Mariana Gutiérrez, gracias por su apoyo para que participáramos por el premio "Gustavo Baz Prada" y por sus comentarios que enriquecieron este trabajo.

A la Mtras. Beatriz Macouzet y Rosario Muñoz, les agradezco sus comentarios y sugerencias a este trabajo.

De igual manera, quiero dar mis agradecimientos a la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, mi supervisora de servicio social en el CCAP "Los Volcanes" y mi maestra de clase, por todas sus enseñanzas y por integrarme en su grupo de prácticas porque fue un espacio donde adquirí más conocimientos sobre patología y donde me motivé a investigar más sobre la conducta autolesiva.

ÍNDICE

Resumen.....	I
Introducción	II
CAPÍTULO 1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	1
Introducción al servicio social	1
Objetivos del programa de servicio social.....	2
Objetivos personales para la realización del Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)	2
Contexto del centro comunitario de atención psicológica "Los Volcanes" y características generales de la población atendida	3
Programas de formación y servicios de atención clínica que se ofrecen en el-CCAP "Los Volcanes"	5
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	6
COMUNIDAD Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA.....	6
Definición de Comunidad.....	6
Niveles de Prevención en salud mental.....	7
Psicología comunitaria.....	8
<i>Modelo de Salud mental comunitaria</i>	10
<i>Modelo de Estrés psicosocial</i>	12
<i>Modelo Conductual Comunitario</i>	13
El apoyo social en la intervención comunitaria	15
TIPOS DE EVALUACIÓN EMPLEADOS EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA COMUNITARIA.....	17
Evaluación, psicodiagnóstico y valoración.....	17
El método clínico	21
La entrevista psicológica	25
<i>Definiciones de entrevista psicológica</i>	25
<i>Tipos de entrevista</i>	26
¿Cómo identificar una demanda de ayuda?	33

CONDUCTA AUTOLESIVA	35
Definición de Autolesión	35
Clasificación de la conducta autolesiva	37
Prevalencia de la conducta autolesiva.....	41
Suicidio y autolesión.....	45
Características psicológicas de las personas que se autolesionan	47
Funciones de la autolesión	48
La autolesión como una forma de somatización.....	49
Tratamiento de la conducta autolesiva	50
CAPÍTULO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	61
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	72
CAPÍTULO 5. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	81
Conclusiones.....	86
Referencias	90
Anexos	98

Resumen

El presente trabajo tiene el propósito de describir, mediante un Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), las actividades realizadas en el Centro Comunitario de Atención Psicológica (CCAP) "Los Volcanes" durante un período de 12 meses. Dicho informe refiere en primera instancia a la psicología comunitaria y se enfoca en describir los principales modelos del marco clínico-comunitario, asimismo se habla sobre la importancia de la prevención y el apoyo social desde la psicología clínica. En seguida, se adentra a hablar sobre algunos tipos de evaluación empleados en la intervención clínica para detectar, valorar y tomar decisiones sobre las problemáticas atendidas. Posteriormente se aborda el tema de las conductas autolesivas, problemática que motivó la realización del presente trabajo. Como parte de las actividades llevadas a cabo en dicho Centro, se describe un Modelo de Admisión clínica que permitió la realización de entrevistas iniciales mediante las cuales se logró identificar 12 casos con presencia de conducta autolesiva, asimismo se incluye el análisis de 6 casos de autolesión que fueron atendidos, valorados y cuando fue necesario, canalizados a otra institución. Por otra parte, se incluye un análisis sobre las habilidades y competencias requeridas durante la entrevista inicial. Finalmente, se elaboraron propuestas encaminadas a mejorar la técnica de la entrevista inicial para la detección y diagnóstico de las conductas autolesivas.

Palabras Clave: entrevista inicial, conducta autolesiva, trabajo comunitario, prevención, intervención.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1948; 2006, p.1) definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ” y redefinió el concepto de salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2001, citado en OMS, 2004, p.14).

La salud mental de un individuo depende no sólo de sus características individuales o de sus rasgos de personalidad. Existen otros factores de la vida, por ejemplo factores sociales, ambientales, culturales, económicos, entre otros, que se interrelacionan y que impactan la salud física y mental de las personas así como en el proceso de salud-enfermedad de un individuo, por lo que dependiendo del contexto, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental (OMS, 2013). Con base en lo anterior, se ha intentado conocer qué factores están asociados a la conducta autolesiva, sin embargo, pareciera que el mayor conflicto al que se han enfrentado los investigadores ha sido el poder establecer una definición a partir de la cual puedan evaluar y comprender dicha conducta para poder prevenirla y tratarla.

Este Informe Profesional está estructurado de la siguiente manera: en el capítulo uno se abordan los datos referentes a la sede donde realicé el servicio social. El capítulo dos se adentra a hablar sobre el soporte teórico, por tanto se desarrollan los siguientes temas: las características de la psicología comunitaria y su relación con la prevención, se describen tres principales modelos desde el marco clínico-comunitario y los tipos de apoyo que puede emplear el psicólogo en la intervención comunitaria, las diferencias entre evaluación, valoración y psicodiagnóstico, se retoma la entrevista psicológica, sus características y funciones, enfocándose en la entrevista inicial o de admisión como técnica de evaluación. Asimismo, se aborda el tema de las autolesiones y se ofrece al lector algunas pautas para poder identificar si es con o sin intencionalidad suicida, se describen algunas terapias empleadas para su

tratamiento. En el capítulo tres se describen las actividades realizadas durante la prestación del servicio y social, asimismo, se describe el tipo de intervención realizada con 6 consultantes que presentaron conducta autolesiva. En el capítulo cuatro se presentan los resultados que obtuve como prestadora. Finalmente, se plantean propuestas que sirvan de apoyo a otros psicólogos y prestadores de servicio social para la detección, diagnóstico y tratamiento de las conductas autolesivas.

CAPÍTULO 1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.

Introducción al servicio social

De acuerdo con la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos (DGOSE, 2015), el servicio social es una actividad esencial de tipo temporal y obligatoria, que consolida la formación profesional y fomenta en el estudiante una conciencia de solidaridad con la comunidad, la sociedad y el país. Se caracteriza por ser Formativo, Social y Retributivo.

En el ámbito Formativo, permite al estudiante:

- Consolidar la formación académica.
- Poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas.
- Adquirir nuevos conocimientos y habilidades profesionales.
- Aprender a actuar con solidaridad, reciprocidad y a trabajar en equipo.
- Conocer y tener la posibilidad de incorporarse al mercado de trabajo.

En el ámbito social permite:

- Tomar conciencia de la problemática nacional, en particular la de los sectores más desprotegidos del país.
- Extender a la sociedad los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura.
- Poner al servicio de la comunidad los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos.

Finalmente, en el ámbito retributivo permite devolver a la sociedad los recursos destinados a la educación pública así como poner en práctica las competencias adquiridas para realizar el trabajo comunitario.

Objetivos del programa de servicio social

El programa de servicio social "*Fortalecimiento al trabajo Comunitario*", tiene como objetivo general el brindar apoyo en los programas de intervención clínica, psicoeducativos y psico-comunitarios, que se desarrollan dentro del Centro Comunitario de Atención Psicológica los Volcanes.

Como objetivos específicos busca contribuir en la formación profesional de estudiantes de psicología a través de su participación en actividades preventivas, psicoterapéuticas y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología para promover el desarrollo de competencias profesionales en el área clínica.

Objetivos personales para la realización del Informe Profesional de Servicio Social (IPSS)

Cuando elegí el programa de servicio social en el CCAP "Los Volcanes", no solo vi la oportunidad de adquirir experiencia para continuar formándome en el área clínica, sino que también vi la oportunidad de una primera experiencia laboral en el campo de mi interés. Desde esta perspectiva, el valor que otorgo al servicio social, va más allá de un trámite o requisito que se debe cubrir durante la licenciatura, ya que fue una actividad en la que deposité dedicación, empeño y responsabilidad, que me permitió ver los retos, complicaciones y también las satisfacciones del trabajo como psicóloga. Es por eso que mediante este IPSS, decidí plasmar mi experiencia como prestadora social, los alcances obtenidos y las limitaciones a las que me enfrenté.

Respecto a la temática central de este informe, decidí hablar sobre la conducta autolesiva porque es un problema que se presentó en algunos de los consultantes, en su mayoría adolescentes, el cual no es tan estudiado ni comprendido y por eso no se toman las acciones necesarias para su manejo y tratamiento. La adolescencia es una etapa que representa para los padres, maestros, u otras personas, una etapa de la vida llena de problemas, caracterizada por la desobediencia y rebeldía de los jóvenes, debido a estas ideas, cuando además de otros problemas, los adolescentes

se autolesionan, no son comprendidos y la conducta es tomada muchas veces como una forma de manipulación y pocas veces como un intento de pedir ayuda.

Una vez mencionadas las motivaciones generales para la realización de este Informe Profesional, enlistaré los objetivos específicos:

- Definir la autolesión como una entidad independiente de otros trastornos psicológicos.
- Describir las principales motivaciones de llevar a cabo la autolesión
- Mediante el análisis de los 6 casos, describir cómo se presenta la conducta autolesiva en la población atendida.
- Revisar las principales terapias o intervenciones empleadas para su tratamiento.
- Resaltar algunos aspectos y factores asociados a esta problemática que le permita a otros psicólogos y a otros profesionales, identificar y tratar la conducta autolesiva y la importancia de evaluarla en la población adolescente para prevenir otros trastornos en la edad adulta e incluso para prevenir el suicidio.
- A partir de la revisión de algunos estudios, proporcionar algunas estrategias y modelos de prevención y de intervención.

Contexto del centro comunitario de atención psicológica “Los Volcanes” y características generales de la población atendida.

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” fue inaugurado el 26 de noviembre del 2004. Surgió ante el interés de buscar solución a los problemas que rodean a la comunidad y la preocupación por el desarrollo de diversos grupos sociales, por lo que, tanto el Movimiento Popular de los Pueblos y Colonias del Sur (MPPCS), como Organización Civil, y la Facultad de Psicología de la UNAM, como Institución de educación superior, buscaron unir esfuerzos en un convenio de participación que, tomando en cuenta las funciones sustantivas de la UNAM (docencia, investigación y extensión), estuviera dirigido a la prevención, tratamiento e

investigación de los problemas de salud mental comunitaria en la colonia los Volcanes y zonas aledañas (Valenzuela, 2006).

El CCAP "Los Volcanes" se localiza en las faldas del Volcán Xitle. Por su ubicación y contexto socioeconómico, se trata de una zona con alto nivel de desempleo y gran actividad de subempleo; tiene carencias en servicios de salud y salud mental así como deficiencias en servicios públicos. Los asentamientos son irregulares y existen pocas áreas verdes; las construcciones son de materiales de baja y mediana calidad (autoconstrucciones que "crecieron" para albergar a la familia extensa) (Valenzuela, 2014).

Algunas de las colonias que se benefician de los servicios del CCAP "Los Volcanes" son: San Pedro Mártir, Los Hornos, Mirador, Tlalcoligia, San M. Topilejo, Tepeximilpa, San Andrés Totoltepec, Pedregal Las Águilas, Pedregal de Santa Úrsula (Valenzuela, 2006). Sin embargo, el Centro Comunitario también ha recibido demanda de otras delegaciones del D.F., ya que muchas personas se han enterado de los servicios del Centro a través de diferentes medios como la Página Web del Centro, por recomendación de otras instituciones o de los mismos usuarios.

Los principales motivos de consulta que se atienden en el CCAP "Los volcanes" son: depresión, Ansiedad, diversos tipos de duelo y pérdida, intentos suicidas, problemas de pareja, disfunción y violencia familiar, problemas de somatización, impulsividad, autolesiones, alcoholismo y adicciones, problemas emocionales y de conducta en los niños, entre otros. (Valenzuela, 2014).

VISIÓN

Un Centro Comunitario que vincula formación y atención clínica con el propósito de enfrentar problemas en el campo de la salud mental a nivel individual, familiar y social, buscando por un lado, incidir en la calidad de vida de la población comunitaria y por el otro, apoyar el desarrollo de recursos profesionales.

MISIÓN

Ofrecer servicios psicológicos de calidad en evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, con apoyo de programas de formación profesional que funcionan con estrecha supervisión clínica y desde diversos campos así como enfoques teórico-metodológicos de la Psicología Clínica y de la Salud.

Programas de formación y servicios de atención clínica que se ofrecen en el CCAP “Los Volcanes”.

El equipo de trabajo del CCAP “Los Volcanes” está integrado por 5 académicos de la Facultad de Psicología, estudiantes de servicio social, estudiantes de Maestría (en psicoterapia infantil y terapia familiar), estudiantes del Programa Único de Especializaciones en psicología y prácticas en escenarios especializados. Todos participan en la búsqueda de soluciones a diversos problemas de salud mental de los consultantes que acuden a dicho centro.

Todos los estudiantes que nos encontramos en alguno de los programas de formación, en nuestro caso, servicio social, somos apoyados con la supervisión individual en los casos de nuestros respectivos pacientes. También, participamos en la supervisión grupal, que consiste en exponer alguno de los casos que atendemos, ante todos los programas y el personal académico para dar un seguimiento de cómo está siendo abordado el caso, a partir de lo cual se nos proporciona orientación y sugerencias para dar una mejor solución de problemas y para brindar una atención de calidad a los usuarios.

En cuestión de prevención, en el CCAP “Los Volcanes”, se ofrecen talleres, conferencias, grupos psicoeducativos y asesoría a Instituciones. A nivel de intervención ofrece atención clínica a niños, adolescentes y adultos a través de: evaluación y diagnóstico, orientación individual, psicoterapia de pareja, individual, grupal y terapia familiar; psicoterapia infantil e intervención en crisis.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

COMUNIDAD Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Definición de Comunidad

De acuerdo con San Martín y Pastor (1988) una comunidad es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, entre otros) comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes; la comunidad puede ser o no autosuficiente.

Montero (1998, citada en Montenegro, 2004) acuñó la siguiente definición de comunidad:

“Se trata de un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines” (p. 45).

Cantera (2004) nos dice que desde el punto de vista etimológico una comunidad representa la cualidad de lo que es común o compartido, y partiendo de esta definición, señala que la “psicología comunitaria de la salud, a diferencia de la individual, trata de los aspectos comunes y compartidos -es decir, sociales- del funcionamiento psicológico, tanto atendiendo a su vertiente negativa, patológica y problemática, como la positiva, saludable y optimizable” (p.73).

Por su parte, Montenegro (2004) menciona que define la comunidad “como un espacio de relaciones sociales de apoyo y, además, como unidad en la cual se

desarrolla el trabajo o acción comunitaria, entendida como un conjunto de actividades que se llevan a cabo para la mejora de las condiciones de vida de las personas" (p.43).

Niveles de Prevención en salud mental

El término prevención se refiere a anticipar, preceder, imposibilitar con medidas anticipadas (Materazzi, 1991).

De acuerdo con los aportes de Caplan (1985; 1993) la prevención primaria es un concepto comunitario que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto periodo, mediante la creación de programas que estarán dirigidos a personas no enfermas, contrarrestando las circunstancias perjudiciales antes de que tengan oportunidad de producir enfermedad.

La prevención secundaria busca disminuir el número de personas que padecen trastornos mentales (Materazzi, 1991) reduciendo el tiempo de duración de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, ya que si se reduce la duración, se reducirá también el número de personas que están enfermas en un momento determinado (Caplan, 1993, p. 21). La idea básica de la prevención secundaria es detectar y corregir los problemas de la manera más rápida posible mientras todavía son manejables y pueden someterse a la intervención. Este modelo de prevención implica a menudo, examinar y seleccionar a un gran número de personas, incluyendo a aquellas que no están buscando ayuda o que ni siquiera pueden parecer estar en riesgo (Trull & Phares, 2003).

Por su parte, la prevención terciaria busca reducir la cantidad de gente con trastornos residuales; actúa mediante la rehabilitación de los pacientes, entrenándolos para convivir con sus síntomas para devolverles su máxima capacidad productiva tan pronto como sea posible y que puedan funcionar normalmente (Caplan, 1985; 1993).

Esta clasificación de prevención primaria, secundaria y terciaria, ha sido adaptada por el Instituto de Medicina (IOM) para la prevención de los trastornos mentales. La

nueva clasificación abarca la prevención universal, selectiva e indicada (Jané-Llopis, 2004; Mrazek & Heggerty, 1994):

Tabla 1

Clasificación de la prevención

Tipo de prevención	Definición
Universal	Se refiere a las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado en situación de riesgo. Ejemplos: el mantenimiento de una dieta adecuada, el uso de cinturones de seguridad, la prevención del consumo de tabaco, muchas formas de inmunización y atención prenatal.
Selectiva	Se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es superior a la media, y se evidencia por factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales. Ejemplos: vacunas especiales, como la fiebre amarilla, para las personas que viajan a zonas del mundo donde la enfermedad está todavía muy extendido, y mamografías anuales para las mujeres con un historial familiar de cáncer de mama.
Indicada	Se dirige a personas identificadas en alto riesgo para el desarrollo de una enfermedad. Los individuos pueden presentar signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento.

Psicología comunitaria

La psicología comunitaria es una rama de la psicología que se interesa por los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar, mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y para lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Buelga & Musitu, 2009, p. 58). Esta definición enfatiza el trabajo activo de la misma comunidad en la solución de los conflictos presentes en su comunidad.

La Psicología comunitaria es una disciplina que trata de analizar e intervenir en los contextos en los que se desarrolla la persona, intentando comprender cómo percibe ésta los contextos y tratando de identificar recursos, tanto de la propia persona como de los contextos en los que interacciona, con el objetivo de potenciar su desarrollo (Musitu, 2004, p. 18).

Una primera característica de la Psicología comunitaria, es que su nivel de análisis trasciende lo individual para adoptar niveles de análisis más holísticos, asimismo, intenta ser útil y relevante en la solución de problemas sociales, preocupándose por promover el bienestar y la calidad de vida de las personas. Otra característica esencial de la psicología comunitaria es su carácter preventivo. La psicología comunitaria se preocupa más por acciones preventivas dirigidas a crear o a fortalecer recursos con el fin de evitar la aparición o agudización de una problemática, que a eliminar carencias, déficits o problemas a presentes. La intervención comunitaria actúa antes y no después y se interesa más por las causas y orígenes socioambientales de los problemas que por sus efectos o manifestaciones personales (Buelga & Musitu, 2009, pp. 56-58).

Una cuestión relacionada con la Psicología comunitaria, es la dificultad para encontrar modelos conceptuales que doten de un marco teórico a dicha disciplina, por lo que han resultado varias propuestas de modelos teóricos que terminan por solaparse o superponerse entre sí (Buelga & Musitu, 2009).

Chacón y García González (1998) señalan que la pluralidad de propuestas tienen que ver con no tener claro qué es un marco conceptual, así que lo definen como “un conjunto sistemático de afirmaciones sobre los valores y la ideología, los conceptos fundamentales, la base de conocimiento y las habilidades, y la metodología necesaria para estudiar un fenómeno particular” (p.33). Por otro lado, los autores concuerdan en señalar que existe un consenso respecto a los principales marcos teóricos de la psicología comunitaria ligados a dos contextos: el norteamericano y europeo por una parte, y el latinoamericano por otra.

Siguiendo con esta línea, Montero (2000b, en Buelga & Musitu, 2009) sugiere que en los Estados Unidos y en Europa predomina el marco clínico-comunitario, orientado a la salud mental comunitaria, mientras que en Latinoamérica prevalece el marco socio-comunitario centrado en los problemas sociales y en el cambio social. De esta manera, tenemos que los principales marcos teóricos en Psicología Comunitaria son:

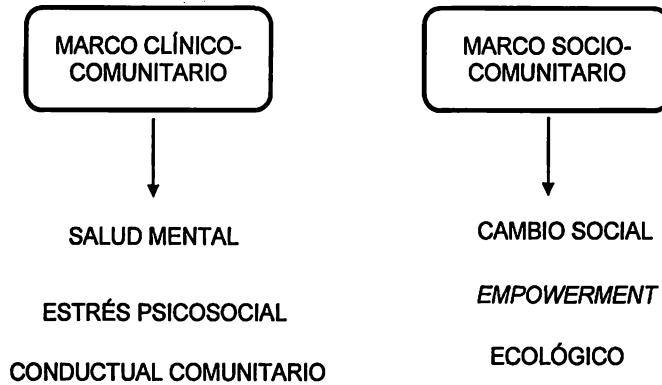


Figura 1. Principales marcos teóricos en psicología comunitaria. Tomado de "Orientaciones clínico-comunitarias." Por Buelga & Musitu, 2009. México: Trillas, p. 60

Para fines de este trabajo, sólo se revisará el Marco Clínico-Comunitario, el cual incluye el modelo de Salud Mental Comunitaria, el modelo de Estrés Psicosocial también conocido como Modelo de Dohrenwend, y el Modelo Conductual Comunitario (Buelga & Musitu, 2009, p.60).

Modelo de Salud mental comunitaria

Este modelo surgió como en la década de los sesenta en los Estados Unidos y en Europa, dentro de grandes cambios socio-políticos, entre los cuales, se crearon los primeros centros de salud mental comunitaria y se reinsertó al enfermo en la comunidad, produciéndose un desplazamiento institucional del hospital psiquiátrico hacia dispositivos asistenciales comunitarios, debido a que el modelo médico tradicional dejó de dar respuesta a las nuevas necesidades que surgieron en este contexto (Buelga & Musitu, 2009, p.60).

Las características principales del modelo de salud mental comunitaria (Rodríguez Marín, Pastor & López, 1988, en Buelga & Musitu, 2009, p.61) son:

- La comunidad proporciona el marco asistencial frente a la asistencia institucional (hospitales mentales).

- El objetivo es una población o comunidad total, y no el paciente individual.
- El tipo de servicio desarrollado se centra en actividades preventivas más que en aquellas destinadas al tratamiento.
- La pretensión de un cuidado continuado por parte de los distintos componentes de un sistema de servicios integral.
- El énfasis en los servicios "indirectos" (consulta, asesoramiento, entre otros)
- La aportación de innovaciones clínicas: psicoterapia breve e intervención en crisis.
- El énfasis en la planificación sistemática de los servicios considerando la demografía de una población, las necesidades no cubiertas, y en la identificación de los grupos de alto riesgo.
- La utilización de nuevos recursos personales, sobre todo trabajadores no profesionales.
- La participación y control comunitario. Los miembros de la comunidad desempeñan papeles centrales en el establecimiento de prioridades y en la evaluación de programas.
- Énfasis en la búsqueda de causas ambientales del distrés frente al punto de vista tradicional centrado en la causalidad intrapsíquica.

Las premisas fundamentales que guían este modelo son (Chacón & García González, 1998, p. 34):

- a) La crítica a las definiciones tradicionales e intrapsíquicas de la enfermedad mental.
- b) El énfasis en los factores sociales como origen de los problemas de salud mental.
- c) Interés por una mejor y más equitativa distribución de los recursos de salud mental.
- d) Definición de la comunidad como una red de relaciones interpersonales.

Mann (1978, citado en Chacón & García González, 1998) refiere que originalmente los tres tipos fundamentales de intervención dentro del modelo clínico comunitario

eran: la intervención en crisis, la terapia breve y la consulta o asesoramiento en salud mental.

Este modelo ha sido objeto de críticas por no cumplir con algunos de sus presupuestos fundamentales como: la necesidad de una acción dirigida a la población o comunidad total y la promoción de acciones preventivas, ya que en lugar de centrarse en sistemas sociales amplios, lo hace en individuos y en grupos pequeños, además, se actúa más en intervenciones en situaciones de crisis que en desarrollar acciones preventivas (Mann, 1978; Cowen, 2000, en Buelga & Musitu, 2009).

Modelo de Estrés psicosocial

A finales de los años setenta, el grupo de trabajo de Bárbara Dohrenwend, propuso el modelo de estrés psicosocial con la finalidad de responder a dos preguntas: ¿Qué hacen los psicólogos comunitarios? y ¿Qué los diferencia de la Psicología Clínica y de aquellas disciplinas que adoptan el término de comunitaria?

Respondiendo a la primera pregunta, Dohrenwend (1978, en Chacón & García González, 1998) afirma que la tarea del psicólogo comunitario consiste en prevenir y socavar el estrés psicosocial generador de la patología. Respecto a la segunda pregunta, señala que la psicología clínica se preocupa por resolver las manifestaciones patológicas que ocurren después de la reacción transitoria de estrés; que la salud mental comunitaria dirige sus esfuerzos a la propia reacción transitoria de estrés, a través de la intervención en crisis o la terapia breve, dirigiendo sus esfuerzos a reducir la reacción transitoria de estrés proporcionando recursos que inhiban una manifestación patológica superior. A diferencia de la psicología clínica y de la salud mental comunitaria, la Psicología comunitaria actúa antes de que aparezca el suceso estresante proporcionando todos aquellos recursos psicológicos y situacionales que pueden ser necesarios para afrontar en un futuro el estrés psicosocial (Buelga & Musitu, 2009).

Siguiendo en esta línea, Dohrenwend postula que el proceso de estrés psicosocial comienza con la aparición de uno o más sucesos vitales estresantes que generan una reacción de estrés la cual es transitoria (1978, en Chacón & García González,

1998). A partir del postulado de Dohrenwend, Buelga y Musitu (2009), explican que estos eventos representan una demanda externa o interna que sobrecarga o excede los recursos adaptativos de afrontamiento de una persona o sistema social. El impacto de estos eventos vitales estresantes, dependerá de las características psicológicas del sujeto (*mediadores psicológicos*) y de los elementos ambientales circundantes (*mediadores situacionales*) y por tanto, será la interacción de estos mediadores lo que determine el tipo de respuesta de estrés, dando como resultado tres posibles respuestas:

1. Se puede afrontar con éxito el evento estresante y lograr un cambio psicológico orientado hacia el crecimiento personal;
2. o también, se puede regresar al estado inicial de equilibrio sin cambios psicológicos en el sujeto.
3. o se puede desarrollar una respuesta o reacción psicopatológica al estrés y por tanto no habrá posibilidad de afrontar con éxito el suceso vital estresante.

Desde este modelo, es importante dirigir las actuaciones preventivas dirigidas a potenciar los mediadores psicológicos y los mediadores situacionales. Por ejemplo, a intervención centrada en los mediadores psicológicos se dirige a proporcionar competencias y estrategias de resolución de conflictos para afrontar con éxito el estrés psicosocial. La intervención en los mediadores situacionales se orienta a proporcionar todos aquellos recursos materiales y sociales que se consideren necesarios para afrontar potenciales problemas. En este sentido, el apoyo social es considerado como un mediador situacional esencial en el afrontamiento de estrés (Buelga & Musitu, 2009).

Modelo Conductual Comunitario

El Modelo Conductual-Comunitario comenzó a gestarse a mediados de la década de los setenta. Esta perspectiva integra los principios de la Psicología Comunitaria y el análisis de los problemas sociales con la tecnología de la teoría del Aprendizaje (Bogat & Jason, 2000; en Buelga & Musitu, 2009).

De acuerdo con Bogat y Jason (2000, en Buelga & Musitu, 2009) el modelo conductual-comunitario representa un avance con respecto a los modelos centrados en la persona al vincular las conductas de los individuos y grupos de personas en los contextos y ambientes en los que viven. Siguiendo con estos autores, los presupuestos teóricos, metodológicos y pragmáticos del modelo conductual-comunitario son:

- La conducta es aprendida a través de la experiencia con el ambiente y por tanto, la definición de los objetivos de salud ha de realizarse en términos conductuales, es decir, de forma observable y cuantificable.
- La prevención consiste en promocionar la salud y la normalidad, entendida, de acuerdo con Albee (1980, citado en Buelga & Musitu, 2009) como un proceso de adquisición de competencias, habilidades y destrezas sociales.

Siguiendo con el presupuesto anterior, las intervenciones diseñadas desde el Modelo Conductual-Comunitario pretenden conseguir cambios estables en el comportamiento de los individuos y/o colectivos, tanto erradicando conductas inadecuadas, como instaurando otras de carácter adaptativo, utilizando estrategias operantes y cognitivas [autoinstrucción, autocontrol], de aprendizaje social [modelado], entre otros (García González, 1988; en Chacón & García González, 1998), las cuales han sido criticadas porque no se considera que sean tan eficaces si se emplean en la intervención social ya que las reglas y modelos que rigen la conducta individual no siempre pueden explicar cómo se comportan las personas en los grupos ni cómo se comportan los grupos (Chacón & García González, 1998).

Por su parte, Serrano-García y Álvarez (1992:45; citadas por Chacón & García González, 1998) señalan que el modelo conductual-comunitario se ha limitado a intervenir en niveles individuales y grupales, recalcando la superación del déficit y no la potenciación de recursos.

El apoyo social en la intervención comunitaria

De acuerdo con Gracia (2011) cuando se trabaja a nivel social y comunitario es importante fomentar y promover el apoyo social porque es un factor que puede determinar el funcionamiento de una persona dentro de un grupo. Para Caplan (1974, citado en Gracia, 2011) "un sistema de apoyo suministra a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional" (p.134). Por su parte, Cassel y Cobb (1974; 1976, citados por Gracia, 2011) propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes, por tanto, concluyeron que las relaciones sociales tenían un efecto beneficioso en la salud al ejercer un rol moderador o protector ante los estresores psicosociales.

Es importante distinguir entre los términos de red social y red social de apoyo ya que la red social se refiere al conjunto de las relaciones sociales y sus características estructurales (por ejemplo, tamaño y densidad), y la red social de apoyo se refiere al subconjunto de todas esas relaciones que desempeñan diferentes funciones de apoyo (Gracia, 2011).

A continuación, se describirán tres tipos fundamentales del apoyo social que mencionan Gracia, Herrero y Musitu (2002; citados por Gracia, 2011):

Tabla 2

Tipos de Apoyo Social

Tipos de Apoyo	Descripción
Emocional	Se refiere al área afectiva y tiene que ver fundamentalmente con la expresión de emociones, compartir sentimientos, pensamientos y experiencias.
Informacional	Se refiere al área cognitiva y tiene que ver con recibir consejo, orientación o guía. Las personas que están a nuestro alrededor pueden proporcionarnos información sobre determinado problema, proporcionarnos pistas sobre su interpretación, indicarnos los recursos que son relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción.
Material	Es un tipo de apoyo tangible como la ayuda financiera, material o de servicios.

Lin (1986 citado en Gracia, 2011) agrupa estas funciones del apoyo social en dos grandes dimensiones:

- **Función instrumental:** se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, tales como conseguir trabajo, obtener un préstamo, ayuda en el cuidado del hogar o de los hijos, entre otros.
- **Función expresiva:** hace referencia a las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismo, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, sentirse valorador y aceptado por los demás.

El apoyo social tiene una naturaleza cambiante tanto con respecto a las necesidades cotidianas y de crisis de cada periodo de la vida (infancia, juventud, edad adulta y vejez), como con respecto a los roles cambiantes de las distintas fuentes de apoyo social (familia, pareja, amistades, hijos, entre otros) en los distintos momentos del ciclo vital (Gracia, 2011).

Lo anterior nos permite conocer la importancia del apoyo social a lo largo de la vida ya que significa una variedad de recursos externos con los que podemos contar y que, junto con nuestros recursos internos, nos permitirá tener un mejor funcionamiento en todas las áreas de nuestra vida. El siguiente tema nos describe algunas acciones que lleva a cabo el psicólogo clínico, dentro del contexto comunitario, mediante diversas técnicas de evaluación que le permitan detectar e intervenir en las diferentes problemáticas que se presentan.

TIPOS DE EVALUACIÓN EMPLEADOS EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA COMUNITARIA.

Evaluación, psicodiagnóstico y valoración

La evaluación y el psicodiagnóstico tienen diferencias semánticas, sin embargo, son términos que se entrelazan (Garaigordobil, 1998) y que prácticamente son tomados como sinónimos, ya que ambos conceptos implican un proceso de recogida de información, organización y procesamiento de la misma, respecto a una persona o grupo de personas, con la finalidad de comprender, predecir y/o llevar a cabo algún tipo de intervención que se considere necesaria (Silva, 1982, 1983, 1988; Fernández-Ballesteros, 1992; citados por Garaigordobil, 1998, pp. 33 y 34).

A continuación se describirá de manera general, en qué consisten los procesos de evaluación, psicodiagnóstico y valoración.

Evaluación

Murray (1948; citado en Garaigordobil, 1998) hizo una diferenciación entre el término de evaluación y de psicodiagnóstico, señalando que este último trata sobre la detección de elementos patológicos y/o defectuales, mientras que en la evaluación se acentúan los aspectos positivos y de desarrollo potencial que existen en la conducta del ser humano.

Por su parte, Barlow y Durand (2007) consideran que la evaluación clínica implica la valoración y medición de factores psicológicos, biológicos y sociales, en un individuo con algún posible trastorno psicológico.

Pelechano (1988a; citado en Garaigordobil, 1998, p.28) considera que la evaluación implica procedimientos cualitativos y cuantitativos por lo que incluye también el uso de tests de medida para lograr una comprensión más integral del funcionamiento individual. Este autor distinguió tres tipos de concepciones de evaluación:

- 1) Formación de impresiones y emisión de juicios acerca de los demás.

- 2) Un proceso, un modo de obtener información sobre una o varias personas, un modo de organizar esta información y una manera de interpretarla.
- 3) Un proceso a lo largo del cual se toman decisiones y se construye un modelo de trabajo sobre el funcionamiento y estructura psicológica de la persona que se trata de evaluar y de las situaciones que a esta persona le toca vivir.

Fernández-Ballesteros (2004) define la evaluación psicológica como "Aquella disciplina de la psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta" (p.57). La autora señala que la evaluación psicológica implica un proceso de solución de problemas y toma de decisiones que comienza con la demanda de una persona o grupo de personas, a un psicólogo, el cual buscará dar respuesta a esa demanda mediante la administración de una serie de tests, técnicas de medida y procedimientos de recogida de información. Por otro lado, también describe cuatro categorías en función de las metas que persigue la evaluación:

Tabla 3
Metas de la evaluación

Tipo de evaluación	Función
Diagnóstico	Se realiza con la finalidad de asignar a un sujeto en una categoría del sistema de clasificación psiquiátrica. El diagnóstico conlleva al pronóstico que se refiere a una predicción sobre el curso probable del caso.
Orientación	En ella, el estudio psicológico se realiza sobre un individuo, pareja, grupo o institución, con el fin de ofrecer ayuda para la toma de decisiones o para establecer planes de acción respecto a su futuro. Por ejemplo, un adolescente solicita orientación sobre qué estudios emprender, una pareja solicita ayuda en la toma de decisión sobre una posible separación, o una institución pide consejo sobre cómo lograr mejorar la conducta en ella.
Selección	Dirigida a escoger a la o las personas más aptas en el desempeño de una determinada actividad.
Tratamiento o cambio	Cuando la evaluación se lleva a cabo mediante una intervención para producir cambios positivos en la conducta de una persona, grupo o institución.

Fernández- Ballesteros (2004), explica que a veces es difícil establecer la diferencia entre la evaluación con fines de orientación, de la evaluación con fines de tratamiento, ya que muchas veces, la orientación finaliza precisamente con la aplicación de un determinado tratamiento o intervención psicológica. En síntesis, la autora considera que los objetivos de la evaluación son los de describir, clasificar, predecir y explicar el comportamiento de un sujeto, un grupo de sujetos o una institución, con la finalidad de tomar decisiones ya sean de diagnóstico, orientación, selección o tratamiento.

Forns (1985; citado en Garaigordobil, 1998) conceptualiza la evaluación psicológica del siguiente modo:

“Es un proceso de análisis científico de la conducta humana, este proceso de análisis conlleva un doble eje, diacrónico y sincrónico en relación al individuo objeto de análisis, atendiendo a la par: a) al sujeto como ser biológico y socio-cultural; b) a sus diversos ambientes condicionantes y reactivos ante su conducta; y c) a sus propias conductas en las tres variantes de motora, fisiológica y cognitiva. El objetivo de este proceso es llegar a una descripción, nosología, comprensión, explicación, predicción y/o cambio de la conducta del sujeto, que consideramos activo, interactuante y normalmente capaz de autorregulación; tal proceso es entendido como ayuda (acción de tutela) hacia el logro de un mejor desempeño autorregulador” (p.30).

En términos más generales, la evaluación consiste hacer uso de algún tipo de instrumento, entrevista u observación clínica, para recabar, analizar e integrar la información obtenida sobre las distintas áreas de funcionamiento de los individuos, parejas, familias o grupos, lo cual permitirá obtener un diagnóstico y elegir qué

técnicas se emplearán para la intervención o según lo que se requiera (CPPC, 2005-2008; citado en Valenzuela, 2011, pp. 10 y 11).

Psicodiagnóstico

El término diagnóstico etimológicamente deriva del griego *diagnostikós* que significa “distintivo o que permite distinguir”, que a su vez se deriva de *gignosko* que significa “conocer” y *diá* “a través de” (Laín Entralgo, 1970; en Roa, 1995, p. 26). Por tanto *dia-gignos-ko* significa discernir y/o conocer aprender a conocer, tener conocimiento, entender algo (Maganto, 1995b, en Garaigordobil, 1998).

La definición tradicional de psicodiagnóstico hace referencia al sentido médico-psiquiátrico. “Es un diagnóstico dirigido a la exploración de aspectos psicopatológicos, negativos o deficientes del funcionamiento psicológico, y la aplicación de instrumentos tiene por finalidad complementar, corroborar, y medir aquellas tendencias que, según la experiencia práctica de los clínicos, son de mayor significación” (Garaigordobil, 1998, p. 25).

Pelechano (1988a.; en Garaigordobil, 1998) considera que el psicodiagnóstico forma parte de la evaluación y que éste se refiere solamente al uso de pruebas proyectivas las cuales se interpretan a través de procedimientos cualitativos.

De acuerdo con Barlow y Durand (2007) “el diagnóstico es el proceso de determinar si el problema en particular que aflige al individuo se ajusta a todos los criterios de un trastorno psicológico [como se establece en los manuales de diagnóstico, por ejemplo: DSM-5]”. (p.73).

Silva (1985, en Roa, 1995) enumera las siguientes características conceptuales del psicodiagnóstico:

- a) un proceso de interacción sujeto-objeto,
- b) la incorporación en este proceso de aspectos psicométricos, pero también cualitativos,
- c) la inclusión de los siguientes momentos: evaluación, toma de decisiones, establecimiento de planes de cambio y de responsabilidades y justificación,

- d) la no adscripción, en principio, a ninguna escuela de pensamiento psicológico.
Se han de utilizar todo tipo de conocimientos válidos,
- e) la inclusión tanto de aspectos negativos como positivos de la conducta,
- f) la orientación de procedimientos hacia la valoración de sujetos individuales.

Según Fernández-Ballesteros (2004) el diagnóstico por sí solo no informa sobre el tipo de tratamiento que una persona necesita, pero sí conlleva a un pronóstico o predicción sobre el curso probable del caso, además de que facilita la comunicación entre los especialistas.

Valoración

La Valoración es una toma de posición final respecto a una persona, grupo, servicio y/o programa de actuación o técnica terapéutica, incluye un juicio pronóstico y un plan de actuación con el fin de mejorar y/o reorientar el estado actual de hechos. Posee elementos éticos y se refiere tanto a aspectos positivos como negativos (Pelechano, 1988a, en Garaigordobil, 1998).

De acuerdo con Fernández-Ballesteros (2004), la valoración hace referencia a emitir juicios "bondadosos" sobre la eficacia de tratamientos, puestos de trabajo o programas, y también se refiere a la verificación de las conclusiones o juicio clínico, formuladas previamente durante la evaluación (1985; en Roa, 1995).

Garaigordobil (1998) menciona que la valoración implica una toma de decisión y un juicio, respecto a un fenómeno o persona, mediante los cuales sea posible proponer más de un curso de acción para el futuro.

El método clínico

El psicólogo emplea en su quehacer el método clínico el cual puede ser definido como: "el conjunto de procedimientos, que ordenados sistemáticamente se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano" (Heredia, Santaella & Somarriba, 2013, p.8).

De acuerdo con Dana (1996), El método clínico se emplea para obtener diagnósticos tanto formales (clasificación nosológica de la conducta) como informales (que permite afirmaciones pronósticas) y consiste en la observación sistematizada por la entrevista y la aplicación de tests. El autor describe el proceso del método clínico en tres niveles, para describir la personalidad:

Observación (Nivel I): Se hace una afirmación descriptiva mediante la observación de la conducta.

Abstracción (Nivel II): En este nivel, el clínico elabora conceptos agrupando lo observado.

Integración (Nivel III): Implica la elaboración de un informe clínico, integrando la descripción generalizada de la persona observada, asimismo, se generan hipótesis y predicciones.

Por otro lado, Heredia, Santaella y Somarriba (2012), describen seis pasos del método clínico:

Tabla 4.

Pasos del Método Clínico

	Pasos	Acciones
I.	Observación	Registro sensorial Escucha
II.	Indagación	Entrevista Establecimiento Hipótesis Diseño de la evaluación
III.	Confirmación	Evaluación Aplicación, calificación e interpretación de técnicas e instrumentos
IV.	Abstracción Diagnóstico	Relaciones entre los datos Identificación del patrón de respuesta del sujeto Conclusiones Configuraciones monográficas
V.	Pronóstico	Predicciones
VI.	Sugerencias Intervención	Toma de decisiones Sugerencias de Intervención

Nota: Tomado de "Informe Psicológico". Por Heredia, Santaella & Somarriba, 2012. México: Departamento de publicaciones de la Facultad de Psicología, p. 8.

A continuación se describen de manera más detallada las funciones del psicólogo clínico en cada uno de los seis pasos básicos del método clínico, de acuerdo como las explican Heredia, Santaella y Somarriba (2012).

I. OBSERVACIÓN

El psicodiagnóstico parte de la observación sistemática del comportamiento, guiada por el marco teórico metodológico, que maneja el psicólogo y que determina la forma de observar y escuchar, los datos a los que atiende y la lectura que de los mismos. El psicólogo observa tanto la comunicación verbal (discurso) como no verbal (aparencia física, facies, manierismos, inflexiones de la voz, tono afectivo, etcétera); atiende tanto al contenido (lo que dice) como al proceso (cómo lo dice); lo explícito y lo implícito; además de escuchar la demanda, qué solicita, cómo lo solicita, quién solicita y por qué; incluso escucha "lo no dicho".

II. INDAGACIÓN

La indagación está dirigida a explorar y obtener información acerca de la vida de la persona, los eventos actuales y el motivo de la demanda; particularmente a través de la entrevista y la historia clínica que permiten delimitar el planteamiento del problema, las preguntas de investigación y el establecimiento de hipótesis las cuales son la base para la planeación y diseño de la evaluación. Este paso también incluye el empleo del examen mental el cual se describirá más adelante.

III. CONFIRMACIÓN

Este tercer paso hace referencia a la confirmación de las hipótesis iniciales establecidas a partir de lo observado, de las entrevistas, la historia clínica, el examen mental y la aplicación, calificación e interpretación de pruebas psicológicas (instrumentos psicométricos y técnicas proyectivas) las cuales se eligen de acuerdo al caso y situación, y cuyos resultados permitirán rechazar o aceptar las hipótesis propuestas.

IV. ABSTRACCIÓN

Consiste en identificar los elementos significativos del caso, comprender las concordancias, explicar las discrepancias y establecer las relaciones entre los datos obtenidos, desde un enfoque psicodinámico que dé cuenta cabal de la estructura de personalidad del sujeto; así como definir a partir de su motivo de consulta un posible trastorno o enfermedad. De acuerdo con las autoras, los datos reunidos permitirán establecer un diagnóstico informal, mientras que un diagnóstico formal atiende en estricto a las relaciones entre signos y síntomas detectados y se sustenta en las clasificaciones nosológicas vigentes (Heredia, Santaella & Somarriba, 2012).

V. PRONÓSTICO

El pronóstico se establece en términos de adjetivos que califican la posible evolución del conflicto o trastorno (favorable, desfavorable o reservado, positivo o negativo), al considerar recursos personales, red social de apoyo, adherencia terapéutica, posibilidades y disposición para seguir las recomendaciones, además del tiempo (a corto, mediano o largo plazo), que deberá transcurrir para alcanzar ciertos resultados en el caso de aplicar las sugerencias terapéuticas.

VI. SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN

Se refiere a las recomendaciones que se plantean, las cuales deben ser realistas y estar asentadas en las condiciones personales, relacionales y contextuales actuales de la persona evaluada. Para plantear las recomendaciones o sugerencias es importante partir de una visión integral del caso, jerarquizar las necesidades de atención y valorar las posibilidades y actitudes para el cambio de la persona, grupo familiar o institución.

La entrevista psicológica

Definiciones de entrevista psicológica

La entrevista ha sido definida de muchas maneras, por ejemplo, Rogers (1942, citado en Garaigordobil, 1998) en su definición de entrevista, destaca la importancia de las emociones "La entrevista es el artificio destinado a estimular el intercambio emocional en el que el consultor auxilia al cliente en descubrir y dominar sus propios sentimientos" (pp.247 y 248).

Sullivan (1990) define la entrevista psiquiátrica como:

"Una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio" (pág. 26).

Para Bleger (1981) la entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y por tanto, la considera una técnica de investigación científica de la psicología. Este autor define la entrevista psicológica como aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos para la investigación, el diagnóstico y la terapia, entre otros. Asimismo, señala que la regla básica durante la entrevista, consiste en obtener datos completos del comportamiento total del entrevistado, empleando nuestra función de escuchar, vivenciar y observar.

Bleger (1981) hace una diferenciación entre entrevista, consulta y anamnesis:

- La consulta consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la entrevista. En este sentido, señala que la consulta no es sinónimo de entrevista, porque esta última es solo uno de los procedimientos con los que el técnico o profesional, psicólogo o médico, puede atender la consulta.

- En segundo lugar, nos dice el autor, la entrevista no es una anamnesis. Esta última implica una recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permite obtener una síntesis tanto de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud. Aunque una buena anamnesis se hace sobre la utilización correcta de los principios que rigen la entrevista, esta última es sin embargo algo muy distinto.
- Por último, señala que a diferencia de la consulta y la anamnesis, la entrevista psicológica intenta el estudio y la utilización del comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el técnico, durante el tiempo en que dicha relación se extienda.

Para fines de este trabajo, se retomará la siguiente definición de entrevista, propuesta por Díaz Portillo (1994), en la cual resalta como meta de la entrevista psicológica, el establecimiento de una relación de trabajo:

“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 y 29).

Tipos de entrevista

En el área clínica, la entrevista continúa siendo la técnica más empleada tanto para la evaluación psicológica como para las intervenciones terapéuticas. En sus distintas modalidades y tipologías, es considerada una estrategia fundamental en la Evaluación Psicológica y utilizada de hecho en todas las áreas de aplicación y desde todos los modelos teóricos existentes (Garaigordobil, 1998).

Existen muchas variedades de entrevista; sin embargo, existen dos factores principales que las distinguen: 1) su estructura; 2) su propósito. Sin tomar en cuenta el propósito o el tipo de entrevista, se requieren habilidades como: establecer rapport, empatía, habilidades de comunicación, realizar preguntas apropiadas, habilidades de observación, etcétera (Trull & Phares, 2003).

Existen tres tipos generales de entrevistas de acuerdo a la forma en que se estructuran (Sattler, 2008):

Tabla 5

Tipos de entrevista según su estructura.

Tipo de entrevista	Descripción
No estructuradas	En ellas se permite que el proceso de la entrevista se desarrolle sin pautas específicas, permiten más libertad para ir adaptando la entrevista de acuerdo al entrevistado, pero el hecho de que sea No estructurada no implica que no exista un programa ya que se necesita ir guiando a los entrevistados para que hablen acerca de aspectos e inquietudes relacionados con el problema que condujo a la canalización.
Semiestructuradas	Aunque hay pautas a seguir, este tipo de entrevistas permiten libertad en la formulación de las preguntas. Pueden adaptarse a casi cualquier área o situación problemática y pueden producir información espontánea. Son especialmente útiles cuando se necesita obtener información detallada acerca de cuestiones psicológicas o problemas físicos específicos.
Estructuradas	Están diseñadas para aumentar la confiabilidad y validez de los procedimientos tradicionales de diagnóstico. En ellas, el orden y las preguntas están especificadas. Se utilizan las mismas preguntas con todos los entrevistados. Este procedimiento estandarizado es particularmente valioso cuando el objetivo principal es realizar un diagnóstico psiquiátrico u obtener datos de investigación.

Clasificación de las entrevistas de acuerdo a su objetivo

Existen diversos tipos de entrevistas que pueden ser empleados, dependiendo de los objetivos que queramos alcanzar durante la evaluación. Para fines de este trabajo, se enfatizará en la entrevista inicial o de Admisión señalando que ambos términos se emplean como sinónimos, sin embargo, cabe aclarar que el término “admisión” se

refiere al proceso institucional y administrativo y el término "inicial" se emplea mayormente para referirse al proceso clínico como tal.

- ***Entrevista Inicial o de Admisión***

Weiner (1992) considera que la primera entrevista clínica comienza desde el momento en que se hace la llamada telefónica para concertar una cita en el consultorio y que antes del primer encuentro, el entrevistador debe estudiar con cuidado la carta de quien se lo envió u otros datos disponibles sobre el paciente. Asimismo, considera que los objetivos de la entrevista clínica inicial consisten en: reunir información acerca del paciente y sus problemas, la cual no se consigue de otras fuentes; establecer una relación que facilite la evaluación y el tratamiento del paciente; lograr que comprenda su conducta psicopatológica; y apoyarlo y orientarlo en la búsqueda de soluciones.

Trull y Phares (2003) señalan que la entrevista de admisión tiene los siguientes propósitos: 1) Determinar por qué el paciente ha acudido a la clínica u hospital; 2) Juzgar si las instalaciones, políticas y servicios de la dependencia satisfarán las necesidades y expectativas del mismo, y 3) informar al paciente de cuestiones como las funciones, honorarios, políticas, procedimientos y personal de la clínica, ya que de acuerdo con los autores, detalles concretos como estos, pueden influir en la motivación del paciente para la terapia y con frecuencia pueden disipar ciertos mitos que podrían disminuir sus expectativas de ayuda.

Fisch, Weakland y Segal (1984) señalan que el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información, la cual debe ser clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta, es decir, qué hacen y dicen los individuos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo. La adecuada información sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones.

De acuerdo con Cormier y Cormier (2000) durante la entrevista inicial recibe también el nombre de "entrevista de entrada" durante la cual se da la "recogida de historial". Por recogida de historial se refieren a extraer información sobre los antecedentes de

la persona. De acuerdo con esta concepción, una entrevista de entrada se considera más informativa que terapéutica y para que así sea, con frecuencia suele estar dirigida por una persona diferente al terapeuta que le es (o será) asignado al cliente. En estas situaciones, un trabajador destinado a esta función, acoge al cliente durante una entrevista de una hora (más breve para los niños y los adolescentes), resume por escrito la información y se la transmite al terapeuta.

Bernstein y Nietzel (1994) mencionan que la o las primeras entrevistas se dirigen principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema. El entrevistador puede usar la información obtenida durante la entrevista inicial para decidir si él (o la institución que representa) pueden o no ayudar adecuadamente, prestar servicios posteriores a la evaluación, o tomar alguna otra decisión. De acuerdo con los autores, el entrevistador se debe preguntar: "¿puedo o podemos trabajar con esta persona?", "¿tengo o tenemos experiencia para tratar este tipo de problema?" "¿puedo o podemos hacer algún bien?" Si la respuesta es "no", el clínico habitualmente refiere al cliente a otra institución psicológica, psiquiátrica, médica o social en que haya otros servicios adecuados y si se considera que es necesario un mayor número de entrevistas, se pueden programar sesiones adicionales de evaluación o tratamiento.

Siguiendo en esta línea, Etchegoyen (2009) explica que la primera entrevista en psicoanálisis, se hace con la finalidad de decidir si el consultante debe realizar un tratamiento, el cual puede ser psicoanalítico o se puede ofrecer alguna alternativa como otro tipo de psicoterapia o un tratamiento farmacológico, todo ello dependerá de lo que ya se haya estudiado sobre la persona. Por tanto, la primera entrevista psicológica, es una tarea que se lleva a cabo con una técnica determinada y tiene como objetivo el orientar al entrevistado sobre su salud mental y sobre el tratamiento que pueda convenirle si es que lo requiere.

Por su parte, Sattler (2008) menciona que la entrevista inicial está diseñada para informarle al entrevistado acerca del proceso de evaluación y para obtener información pertinente para el diagnóstico, tratamiento, regularización o asignación a programas especiales. Asimismo, menciona que durante la entrevista inicial, el psicólogo se irá formando impresiones acerca de la actitud general del entrevistado.

La meta consiste en reunir información que le ayude a desarrollar hipótesis, seleccionar y aplicar pruebas apropiadas, lograr una evaluación válida del paciente y diseñar intervenciones efectivas. La entrevista inicial puede ser parte de un proceso de evaluación que incluya pruebas psicológicas estandarizadas o puede ser el único proceso de evaluación. En una evaluación completa, por lo general la entrevista inicial antecede a la aplicación de pruebas.

A partir de las diferentes definiciones sobre la primera entrevista psicológica, entrevista inicial o de admisión, podemos concluir que: es aquella que se realiza durante las primeras sesiones la cual, forma parte del proceso de evaluación y que sirve para reunir información sobre la persona y sobre su problemática, lo cual permitirá al psicólogo, por un lado, decidir si la persona que consulta es un potencial paciente y por tanto, si puede prestarle sus servicios e ir trazando rutas de evaluación y de tratamiento, y por otro lado, en caso de no considerarlo potencial paciente, se le brindará orientación sobre su salud mental y de ser necesario, sobre otras alternativas de tratamiento por lo que lo referirá con otro especialista o institución.

Una vez revisada la entrevista psicológica inicial, se describirán brevemente otros tipos de entrevista que también pueden ser empleadas durante o después de las entrevistas iniciales.

- ***Entrevista para historia clínica***

En una entrevista para historia clínica se toma la historia personal y social más completa que sea posible. El propósito de la historia clínica es proporcionar unos antecedentes y contextos amplios en los que pueda colocarse tanto al paciente como al problema. Abarca las distintas etapas del desarrollo o de la vida del paciente, e incluye cuestiones educativas, sexuales, médicas, paternas y ambientales, religiosas y psicopatológicas (Trull & Phares, 2003).

- ***Entrevista en situación de crisis***

Cuando los problemas cotidianos de una persona son provocadores de una gran tensión y las habilidades para la solución de problemas no han sido eficaces, se dice que la persona está en una crisis (Caplan, 1961, en Bernstein & Nietzel, 1994).

Trull y Phares (2003) mencionan que el propósito de la entrevista durante la crisis es enfrentar los problemas cuando ocurren y proporcionar un recurso inmediato. Su objetivo es evitar que la situación se convierta en un desastre y alentar a las personas en crisis para que establezcan una relación con la clínica [o institución] o referirlos de forma que pueda trabajarse una solución a largo plazo, por lo que consideran que tales entrevistas requieren entrenamiento, sensibilidad y juicio.

Bernstein y Nietzel (1994) exponen que la función del entrevistador es dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Con esto se refieren a que se debe tratar al cliente con calma, interés y de una forma aceptante; trabajando directamente sobre el problema inmediato o refiriéndolo a algún servicio médico, social o psicológico. Consideran que una o dos entrevistas bien manejadas durante una crisis pueden ser el principio y fin del contacto con los cliente que sólo necesitaban que la ayuda fuera temporal y específica para una situación, pero también consideran que para otros clientes, la entrevista durante la crisis lleva al establecimiento de un contrato para posteriores sesiones de evaluación y tratamiento, de una manera más tranquila.

- ***Entrevista de Diagnóstico***

Se realiza con el propósito de llegar a la formulación de un diagnóstico de acuerdo al DSM [o con las clasificaciones nosológicas vigentes, por ejemplo CIE-10]. En este tipo de entrevistas se emplea la entrevista estructurada que consiste en un conjunto de preguntas estándar que se plantean en una secuencia específica y que se codifican según los criterios de diagnóstico de diversos trastornos (Trull & Phares, 2003).

- ***Entrevista de examen de estado mental***

La exploración del estado mental permite detectar signos y síntomas para cada área de funcionamiento y que empleado de manera simultánea con la historia clínica, brinda las bases para establecer el diagnóstico nosológico, determinar objetivos del psicodiagnóstico y diseñar la evaluación. Resulta de mayor utilidad en los casos con psicopatología más evidente, sin embargo resaltan la importancia de realizar la exploración del estado mental durante las observaciones y entrevistas sin importar la edad del individuo (Heredia, Santaella & Somarriba, 2013).

De acuerdo con Durand y Barlow (2007) el examen mental implica la observación sistemática de la conducta del individuo y aunque los exámenes del estado mental pueden ser complejos, los clínicos la pueden realizar durante el transcurso de la entrevista o al observar al paciente. Asimismo, para estos autores, el examen mental abarca las siguientes categorías:

1. **Apariencia y conducta:** se observa el comportamiento físico manifiesto, la vestimenta, la apariencia en general y la expresión facial.
2. **Procesos de pensamiento:** se evalúa la velocidad, flujo y continuidad del discurso. También el contenido del pensamiento que implica identificar la presencia de delirios y/o alucinaciones.
3. **Estado de ánimo y afecto:** de acuerdo con los autores, estos se evalúan partiendo de la idea de que el estado de ánimo "es la condición emocional predominante del individuo" y que el afecto "se refiere al estado emocional que acompaña lo que decimos en un determinado momento".
4. **Funcionamiento Intelectual:** se hace un estimado aproximado del funcionamiento intelectual, poniendo atención al tipo de vocabulario, el uso de abstracciones y metáforas que emplea la persona, así como estado de su memoria.
5. **Sensorio:** el sensorio se refiere a la conciencia que tenemos de nuestro entorno y partiendo de esta idea, se evalúa si la persona está orientado en las esferas de persona, lugar y tiempo.

- **Entrevista de derivación**

Se lleva a cabo después de haber obtenido información suficiente [después de la entrevista inicial] para poder ofrecer indicaciones sobre alguna referencia con otro profesional. Etchegoyen (2009) señala que "es una entrevista que presenta cierta dificultad ya que se debe evitar que el entrevistado se ligue demasiado a nosotros y que debe haber cierta prudencia sobre los datos que vamos a recabar si la persona no va a ser nuestro paciente". (p. 86).

- **Entrevista de devolución**

Es aquella que se realiza al término de las entrevistas iniciales o después de una evaluación psicológica y que tiene como objetivo básico el orientar al entrevistado sobre el tratamiento más conveniente, se le dan indicaciones con sus fundamentos, los cuales deben ser concisos y no se le informa a la persona más de lo que necesita saber (Etchegoyen, 2009).

¿Cómo identificar una demanda de ayuda?

Desde la perspectiva psicoanalítica, McDougall (1995) propone que se debe determinar qué debe ser escuchado por lo que uno debe hacerse las siguientes preguntas: ¿Qué quiero saber?, ¿cómo debo proceder para obtener la información que necesito? y ¿Qué es preciso escuchar para apreciar la naturaleza de la demanda de análisis? Asimismo, señala algunos aspectos que pueden servir para apoyar un fundamento aceptable de ayuda psicológica:

1. *Percepción de sufrimiento psíquico.* Se debe prestar atención si las personas acuden por contentar a alguien y si realmente hay un dolor psicológico ya que se debe tratar de una búsqueda auténtica de ayuda. De esta manera, las personas que acuden a consulta deben reconocer que tienen algún malestar emocional, que presentan síntomas que no logran comprender o que han hallado en sí mismos una tendencia a la repetición.

2. *La búsqueda del conocimiento de sí mismo.* Se refiere a si la persona reconoce la fuente de su sufrimiento en factores localizados dentro de sí mismo y si estos factores pueden haber contribuido a la constitución de sus problemas, asimismo, si siente la responsabilidad de dirigir su propia vida, ya que es común que tiendan a culpar a otros de su situación y aunque otros hayan contribuido a la constitución de sus problemas, es importante que la persona pueda reconocer qué aspectos de sí misma generaron y mantienen sus problemas.
3. *¿Es tolerable la situación psicoanalítica?* Se refiere a si la persona está dispuesta a llevar el tratamiento y esto es posible saberlo desde el encuadre ya que algunos no están dispuestos a respetarlo ni a llevarlo a cabo, por tanto, es importante saber qué tanto está dispuesta la persona a comprometerse con el proceso.
4. *¿Se puede depender de otro sin miedo?* Este último factor se refiere a saber si el paciente está dispuesto a recibir ayuda. Hay personas que reaccionan de manera negativa a la terapia, por ejemplo, aquellos que no pueden aceptar su parte de responsabilidad en la creación de sus síntomas o aquellos que muestran cierta arrogancia, normalmente por miedo a que piensen que conocer sobre sí mismo, pudiera herirlo en el plano narcisista o simplemente temen a los cambios que pudieran darse como producto de la terapia.

Hemos revisado diversas técnicas y procedimientos que el psicólogo puede emplear para poder recoger información, analizarla e integrarla, respecto a una persona o grupo de personas. Se enfatizó en la entrevista inicial por ser la técnica que permite conocer el motivo de consulta y porque da la pauta para saber qué decisiones tomar respecto a una problemática. En este caso, la entrevista inicial, fue una técnica que permitió detectar la presencia de conductas autolesivas en algunos de los consultantes atendidos mediante el Modelo de admisión clínica. Por tanto, se dedicó el siguiente apartado de este trabajo para abordar la autolesión, donde se ofrece al lector una descripción general, así como algunas pautas que permiten identificarla, detectarla y atenderla.

CONDUCTA AUTOLESIVA

Definición de Autolesión

Todas las conductas que se realizan intencionalmente y con el conocimiento de que implican o pueden implicar cierto grado de daño físico o psicológico a uno mismo podrían ser conceptualizadas como conductas autolesivas. Es común ver que los investigadores emplean diversos términos para referirse a las autolesiones no suicidas, incluyendo "automutilación", "auto-daño", "autolesión deliberada", "corte", y "parasuicidio" (Nock, M. 2010, p. 341).

Winchel y Stanley (1991) definen la conducta autolesiva como:

"El cometer un daño deliberado del propio cuerpo. La lesión es hecha a uno mismo, sin la ayuda de otra persona, y la herida es bastante severa como para ocasionar daño en los tejidos (como cicatrices). Los actos que se cometen con intención suicida consciente o que están asociados con la excitación sexual son excluidos" (p. 306).

Mosquera (2008) integra la siguiente definición:

"La autolesión es el acto intencionado de hacerse daño sin la intención de morir; describe a alguien que sufre, es el "lenguaje del dolor", el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. También es la intención de luchar y de seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan quieren vivir, no morir" (p.8).

La definición a partir de la cual se realizará el análisis de este trabajo, será la proporcionada por Walsh (2012) quien describe la autolesión como aquella se realiza de manera intencional, realizada a sí mismo, de baja letalidad sin intención consciente de morir, produciendo un daño moderado sobre el cuerpo; es socialmente inaceptable, por lo que se descartan aquellas lesiones donde hay un deseo de pertenecer a grupos sociales o religiosos, asimismo, es realizada para reducir y/o comunicar la angustia psicológica. De acuerdo con el autor, una persona puede hablar o planear sobre cometer un acto autolesivo, pero hasta que se cruza la línea de dañar de forma activa el cuerpo, no hay auto-lesión.

Una definición más concreta, es la que ofrece Nock (2010) quien define la autolesión como "la destrucción directa y deliberada de los tejidos del cuerpo en ausencia de intento de suicidio". (p. 340).

Meza (2010) señala la importancia de diferenciarla de las prácticas sexuales como el sadomasoquismo donde "el dolor físico constituye un importante activador sexual, siendo que en la autolesión el dolor físico infligido al cuerpo se utiliza como un mecanismo para apaciguar el dolor emocional". (p.8). De acuerdo a la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) la conducta autolesiva es uno de los criterios diagnósticos del Trastorno de la Personalidad Límite, pero también acompaña a otros desórdenes como el Trastorno de movimientos estereotipados.

En el DSM-5 (2014) se habla de autolesión no suicida y es definida como aquella en la que "el individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida". (p. 804). Asimismo, propone los siguientes criterios para su diagnóstico:

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, que no hay intención suicida).
- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.

2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el periodo inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 2. Un periodo de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar que aparece antes de realizar el acto.
 3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural) y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

Clasificación de la conducta autolesiva

De acuerdo con Nock (2010) la mayoría de los investigadores y estudiosos establecen una distinción clara entre las conductas en las que lesiones corporales es el propósito de la propia conducta (es decir, comportamientos directamente autolesivos) y aquellos en los que no hay intencionalidad directa de daño, sino que las lesiones son subproducto o de conductas de riesgo. Dentro de la clase de conductas autolesivas directos, se hace una distinción importante entre fenómenos

que son de naturaleza suicida, en el que hay una cierta intención de morir a causa de la conducta, y los que son no suicida, en la que no hay intención de morir.

Asimismo, Nock (2010) ofrece una clasificación sobre los pensamientos y conductas autolesivas que pueden ser de tipo suicida y No suicida (ver figura 2). En los de tipo suicida incluye:

- La Ideación suicida se refiere a tener pensamientos acerca de quitarse la vida;
- El plan suicida que se refiere a la consideración de un método específico a través del cual uno tiene la intención de morir;
- Intento de suicidio que se refiere a la participación en el comportamiento potencialmente autoagresivo en el que hay una cierta intención de morir.

Los fenómenos No suicidas también pueden clasificarse en tres tipos principales:

- Una amenaza o gesto de suicidio, se refiere a la conducta en la que los individuos llevan a otros a creer que tienen la intención de morir a causa de su comportamiento cuando en realidad no tienen intención de hacerlo. El propósito de la conducta es para comunicar la angustia y / o buscar la ayuda de otros (Nock & Kessler, 2006, en Nock, 2010).
- Pensamientos auto-lesión se refieren a tener pensamientos de la participación en el comportamiento, pero no hacerlo, que a su vez está normalmente sólo estudiaron como un precursor de la autolesión.
- La autolesión varía típicamente en una escala de leve (por ejemplo, la baja frecuencia y gravedad), a moderada (por ejemplo, más frecuentes y graves, tal vez requiera atención médica), a grave (por ejemplo, alta frecuencia, lesiones graves y deterioro resultante).

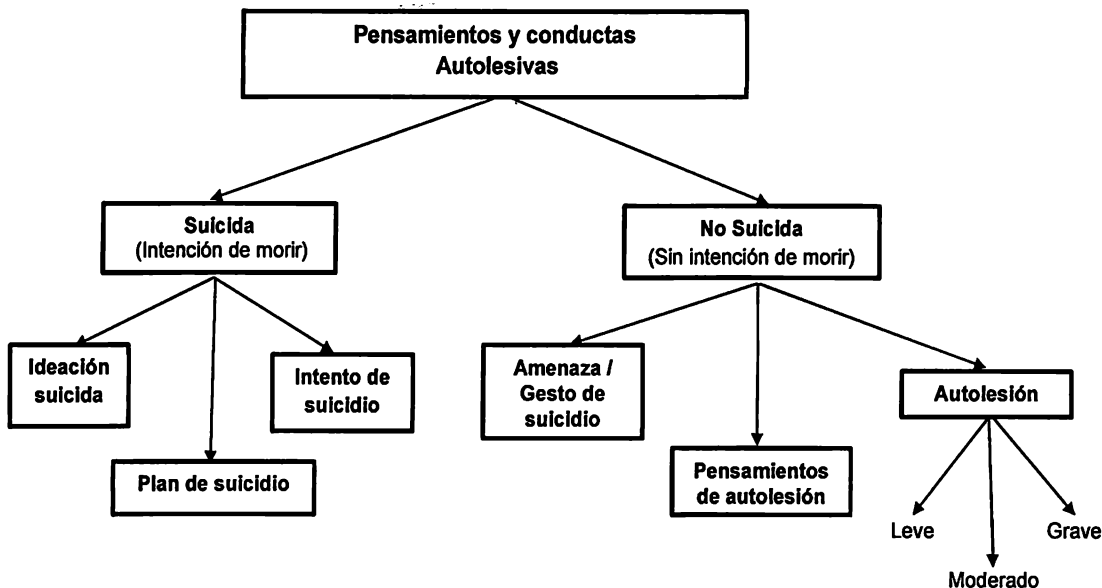


Figura 2. Diagrama de la clasificación de los pensamientos y conductas autolesivas, Adaptado de "Self Injury" por Nock, M., 2010. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, p. 341.

Favazza (2012) ofrece la siguiente clasificación de las conductas autolesivas, a partir de la concepción de la autolesión sin intencionalidad suicida como un síntoma o característica de un trastorno específico con el que se encuentra asociada:

1. *Conductas autolesivas mayores*: son poco frecuentes pero producen un grave daño del tejido corporal, por ejemplo: la enucleación ocular y la amputación de partes del cuerpo. Son actos bruscos que se presentan de manera repentina e impulsiva. El 75% ocurre durante un estado psicótico, principalmente en la esquizofrenia; de estos, aproximadamente la mitad se producen durante un primer episodio psicótico.

2. *Conductas autolesivas estereotipadas*: se observan con mayor frecuencia en trastornos con una base neurológica como el autismo, el retraso mental severo, el síndrome de Lesch-Nyhan, entre otros. En ellas, los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden los labios, la lengua, las mejillas o los dedos, se rasguñan, se jalen el cabello, etcétera. En general, el daño causado es moderado y se caracterizan por ser comportamientos monótonos y repetitivos, con un patrón rígido y se realizan sin sentir vergüenza o culpa en presencia de otras personas.

3. *Conductas autolesivas compulsivas*: abarca conductas repetitivas y severas como rascarse la piel produciéndose escoriaciones, morderse las uñas o jalarse el cabello (tricotilomanía) y excavar la piel, principalmente en sujetos con parasitosis delirante.

4. *Conductas autolesivas impulsivas*: consiste en actos como cortarse, quemarse y tallarse la piel; introducir alfileres u otros objetos bajo la piel o en el pecho o el abdomen; interferir con la cicatrización de heridas y romper los huesos de la mano o del pie. Estos comportamientos generalmente son episódicos y ocurren con mayor frecuencia en las mujeres. La edad media de inicio en pacientes que se involucran en autolesiones sin intencionalidad suicida impulsiva, es de 12 a 14 años, aunque puede ocurrir durante todo el ciclo de vida.

Favazza (2012) menciona que la presencia de uno o dos casos aislados de este tipo de autolesiones, no tienen mucha importancia pronóstica a menos que sean lo suficientemente graves, señalando que el verdadero peligro se presenta cuando el comportamiento se vuelve repetitivo y adictivo aumentando el riesgo de suicidio. Explica que la autolesión impulsiva puede alternarse o coexistir con otros comportamientos impulsivos (ver tabla 6) como la bulimia o abuso de sustancias o con el trastorno límite de la personalidad.

Tabla 6.
Trastornos psiquiátricos asociados a la autolesión no suicida.

Tipo de autolesión	Trastornos psiquiátricos relacionados
Mayor	Intoxicación por drogas o alcohol, Trastorno de identidad de la imagen corporal.
Estereotipada	Autismo, S. de Gilles de la Tourette, S. de Lesch-Nyhan, Neuropatías hereditarias, Retardo Mental.
Compulsiva	Tricotilomanía, parasitosis delirante.
Impulsiva	Trastorno por ansiedad (generalizada, estrés agudo, estrés postraumático, obsesivo compulsivo, inducido por sustancias), Trastornos de personalidad <i>Borderline</i> , Histriónico y Antisocial, Trastornos somatomorfos y facticios, Trastornos de Identidad y Despersonalización, Anorexia y Bulimia Nervosa, Trastornos depresivos, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos por abuso de alcohol, Cleptomanía.

Nota: Adaptado de "Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment" por Favazza, A., 2012, *Current Psychiatry*, 11 (3), 21-26

Prevalencia de la conducta autolesiva

La autolesión suele comenzar en la adolescencia temprana y es más frecuente entre los adolescentes y adultos jóvenes. A menudo se realiza en privado, utilizando un utensilio afilado para cortar o tallar la superficie de la piel y varía de manera significativa en la frecuencia y gravedad (Nock, 2010). Las formas comunes de conducta autolesiva incluyen cortar y quemar la piel, golpear la cabeza y las extremidades, picar las heridas, y morder los dedos (Winchel & Stanley, 1991).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) reporta que las lesiones autoinfligidas son la segunda causa de muerte, a nivel mundial, en jóvenes de entre 15 y 19 años de edad y la décima causa de muerte en la población de entre 10 y 14 años de edad. En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013), las lesiones autoinfligidas intencionalmente son la 14^a causa de muerte en la población mexicana con 5,909 defunciones registradas en el año 2013. En los hombres que se encuentran entre los 15 y 24 años de edad, la muerte a causa de lesiones autoinfligidas intencionalmente ocupa el tercer lugar, registrándose 1,247 muertes en esta población, mientras que en las mujeres que se encuentran en ese mismo rango de edad, ocupa el cuarto lugar registrándose 406 muertes en este grupo etario. De acuerdo con estos datos, podemos ver que los adolescentes son una población en situación de riesgo de morir a causa de lesiones autoinfligidas y posiblemente a esto se deba que los estudios se han enfocado a estudiar la prevalencia de la conducta autolesiva en la población adolescente.

Albores-Gallo et al. (2014) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", diseñaron un instrumento basado en los criterios propuestos por el DSM-5 para investigar la prevalencia y frecuencia de las autolesiones sin intención suicida, en 533 niños y adolescentes (280 mujeres y 253 hombres) entre 11 y 17 años de edad de escuelas oficiales de la delegación Tlalpan. El instrumento consiste de 63 ítems de respuesta dicotómica sí-no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 de respuesta abierta; explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida a 1, 6 y 12 meses y a lo largo de la vida. Los autores, encontraron que el método de autolesión sin intención suicida más común fueron los cortes en la piel (N=120; 22.5%) seguido del

rascado de cicatrices (N=119; 22.3%) y mordidas (N=108; 20.3%). De acuerdo al sexo, los cortes en la piel tuvieron mayor prevalencia en las mujeres, mientras que en los varones prevaleció el rascado de cicatrices, mordidas y pellizcos de piel. Asimismo encontraron que las zonas más comunes para autolesionarse fueron los antebrazos y muñecas (N=90; 16.9%), teniendo mayor prevalencia en las mujeres. Por otro lado, identificaron los siguientes precipitantes psicológicos de las autolesiones en la muestra total de adolescentes: sentimientos o ideas de coraje previos (N=108; 20.3%), sentimientos negativos previos (N=96; 18.0%) y sentimientos o ideas depresivas previos (N=94; 17.6%). Por sexo, los precipitantes psicológicos más comunes en las niñas fueron: ideas o sentimientos previos de coraje (N=77; 27.5%), mientras que en los varones fueron las ideas o sentimientos depresivos (N=34; 13.4%), coraje (N=31; 12.3%) y los negativos (N=29; 11.5%).

En otro estudio, González-Forteza, Romero-Basaldúa y Jiménez-Tapia (2009) aplicaron la Cédula de Indicadores Parasuicidas para identificar la presencia de Lesiones Autoinfligidas Deliberadamente (LAD) y una versión actualizada de la Cédula de Depresión, así como otras escalas para indagar violencia, exposición y consumo de drogas para estimar la frecuencia con que se presentan las LAD, algunas de sus características y analizar su relación con la sintomatología depresiva, en 792 estudiantes de secundaria con una edad media de 14 ± 0.97 años; donde 52 % fue del sexo masculino y 48 % del femenino, para estimar la frecuencia de lesiones autoinfligidas deliberadamente y analizar la relación con la sintomatología depresiva. Encontraron que la frecuencia de ocurrencia de LAD en la muestra fue de 10.5 %. Por sexo, encontraron que las LAD tuvieron mayor frecuencia de ocurrencia en las mujeres que en los hombres (16 y 5.7 %, respectivamente). De igual manera, encontraron que la sintomatología depresiva es mayor en las mujeres que en los hombres.

La mayoría de los estudiantes refirió haber utilizado objetos punzocortantes para hacerse daño o haber tomado pastillas/medicamentos, y que no importaba si vivía o moría después de autolesionarse. A partir de estos datos y de la intencionalidad

consciente del acto para querer morir o dejar de vivir, se identificó que 10 y 23 % de los hombres y mujeres con LAD intentaron suicidarse.

Por otro lado, respecto a la motivación para cometer LAD, los hombres refieren motivos que pertenecerían al ámbito emocional como: experimentar rechazo, desprecio, problemas personales y depresión entre otros, mientras que las mujeres lo atribuyen a situaciones interpersonales como violencia familiar, problemas con la familia o con el novio. Los autores concluyen que sí hay una vinculación entre la problemática depresiva y la suicida, que la manifestación de las LAD son un factor de riesgo de suicidio , principalmente por los métodos que los adolescentes refieren emplear para lastimarse por lo que sugieren que es necesario desarrollar estrategias de prevención dirigidas al manejo emocional y relacional de éstos dentro de sus contextos familiares, escolares y de pares “asimismo, tendría que reflexionarse sobre no considerar este tipo de eventos como meros malestares propios de la etapa adolescente y verlos más como factores relevantes dada su letalidad intrínseca”. (p. 44).

Otros autores estiman que la tasa de prevalencia de las autolesiones en Estados Unidos es de 1000 por cada 100.000 (Favazza, 1998, en Walsh, 2012). Incluso se considera ha habido un aumento en la tasa de autolesión siendo casi 40 veces mayor que la del suicidio consumado donde la tasa es de 11.5 por cada 100,000 (Asociación Americana de Suicidología, 2008, en Walsh, 2012).

Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini (2011) Llevaron a cabo un estudio en una población de 1,171 alumnos de nivel secundaria pública y privada en Barcelona y alrededores. 518 varones y 653 mujeres de entre 12 y 16 años de edad. Los objetivos del estudio fueron: 1) analizar la presencia de conducta autolesiva y pensamientos suicida en población comunitaria adolescente, según su sexo. 2) Estudiar la vinculación entre los comportamientos autolesivos y la ideación autolítica, y analizar el riesgo relativo de autolesiones en adolescentes con ideación suicida. 3) Analizar el tipo de estrategias de afrontamientos que emplean respectivamente los adolescentes con presencia de conductas autolíticas y pensamiento suicida.

Para detectar a los adolescentes que se autolesionan o que tienen ideación autolítica, se utilizó el *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991) y para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó el *Coping Responses Inventory-Youth* (CRIY; Moos, 1993).

Respecto a la prevalencia de la conducta autolesiva y el pensamientos autolítico, (porcentajes altos) 11.4% de los participantes refirieron comportamientos autolesivos en los últimos 12 meses y un 12% de participantes, reconoció haber tenido ideación suicida en los últimos 12 meses. Asimismo, se encontró una creciente tendencia de la conducta autolesiva y la ideación suicida a medida que la edad de los sujetos incrementa.

El 58% de los adolescentes que han pensado en suicidarse, también han llevado a cabo algún intento de suicidio o conducta autolesiva en algún momento). Así mismo, se calculó el riesgo relativo de conducta autolesiva entre los adolescentes que manifestaron ideación suicida (grupo de riesgo) en relación a los que no manifestaron ideación suicida (grupo de no riesgo) y se encontró una importante asociación entre la conducta autolesiva y la ideación suicida, donde los adolescentes con ideación suicida tiene 12 veces más probabilidad de autolesionarse que los adolescentes que no reportan ideación suicida.

Sobre las estrategias de afrontamiento, los resultados indican que los adolescentes que se autolesionan emplean frecuentemente la estrategia de Descarga Emocional. En lo que se refiere a la ideación suicida, los varones y mujeres que reportan ideación suicida, emplean de manera más frecuente la Descarga Emocional como estrategia para afrontar sus problemas y en general, hacen mayor uso de estrategias de tipo evitativo, como evitación cognitiva y conductual, aceptación resignada, culparse o criticarse a uno mismo y pensamientos basado en ilusiones.

Suicidio y autolesión

De acuerdo con el INEGI (2013) la población en la etapa de adolescencia tardía, es la que presenta mayor porcentaje de muerte por suicidio. El grupo de 10 a 14 años con un 14.6% y el grupo de 15 a 19 años con 14.9%.

Al hablar de conducta autolesiva es común relacionarla con la conducta suicida ya que la conducta autolesiva es considerada uno de los síntomas que puede llevar a tentativas de cometer suicidio (Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011). Sin embargo, para lograr una mayor comprensión de la autolesión, se considera necesario diferenciarla conceptualmente, del suicidio.

Al respecto, Walsh (2012) considera que el tema de la "Intención" es un buen punto para diferenciar al suicidio de la autolesión. Shneidman (1993, citado en Walsh, 2012) señala que la intención de la persona suicida no es tanto para matar el cuerpo si no que la intención es "poner fin a la conciencia". La persona suicida quiere detener el dolor psicológico y por ello, la persona suicida va a hacer lo que sea necesario para hacer que el dolor desaparezca permanentemente. Por otro lado, la intención de la persona que se autolesiona, no es terminar con la conciencia pero sí intentar modificarla. De esta manera, la mayoría de las personas que se autolesionan informan que se dañan a sí mismos porque se sienten con mucho estrés emocional identificando sentimientos como la ira, la vergüenza o la culpa, la ansiedad, la tensión, o pánico, tristeza, frustración y confusión (Walsh, 2012).

Por su parte, Mosquera (2008) distingue la autolesión del suicidio señalando que las personas que se autolesionan no quieren morir y lesionarse les ayuda a tolerar mejor el sufrimiento y a disminuir sus deseos de morir, asimismo, explica que si las emociones no son manejadas mediante la autolesión, al no disponer de otros recursos más adaptativos, las posibilidades de que la persona quiera o intente morir aumentarán notablemente "A muchos la autolesión los mantiene con vida, les ayuda a encontrarse mejor" (p. 25). Sin embargo, también señala que hay casos en los que no es tan evidente si la persona intenta o no suicidarse y aun así, la autolesión sin intención de morir puede ser letal dependiendo de factores como: el método,

momento, dosis, lugar del cuerpo que se lesiona, extensión, entre otros, aunque también, es importante prestar atención ante qué situaciones, eventos o circunstancias se desencadena la necesidad de autolesionarse.

Walsh (2012) ofrece ruta práctica de 10 pasos para determinar si una conducta autodestructiva es suicida o autolesiva.

Tabla 7.

Diferenciando los intentos de suicidio de la conducta autolesiva

Foco de evaluación	Intento de suicidio	Autolesión
¿Cuál fue la intención expresada y no expresada del acto?	para escapar del dolor; terminar la conciencia	Alivio de afectos desagradables (tensión, ira, vacío, sensación de falta de vida).
¿Cuál era el nivel de daño físico y potencial letalidad?	daño físico grave; medios letales de autolesiones	Daño físico menor; uso de medios no letales.
¿Es crónico, patrones repetitivos de actos autolesivos?	Apenas una repetición crónica; algunos sobredosis repetidas ocasiones	Frecuente y crónico; la tasa del patrón es elevada.
¿Se han utilizado varios métodos de auto-lesión con el tiempo?	Por lo general, un método	Generalmente, más de un método a lo largo del tiempo
¿Cuál es el nivel de dolor psicológico?	Insoportable y persistente	Incómodo e intermitente.
¿Hay constricción de la cognición?	Constricción extrema; el suicidio como la única salida; visión de túnel; la búsqueda de una solución final	Poca o ninguna constricción; opciones disponibles; búsqueda de una solución temporal
¿Hay sentimientos de desesperanza e impotencia?	La desesperanza y la impotencia son centrales	Hay períodos de optimismo y cierta sensación de control.
¿Hubo una disminución de malestar después del acto?	No hay mejora inmediata; tratamiento requerido para la mejora.	Rápida mejoría; rápido retorno a la cognición normal y afecto; exitoso para la "alteración de la conciencia".
Restricción de los medios	Importante, a menudo para salvar vidas	Poco práctico, a menudo puede ser inadvertidamente provocador.
¿Cuál es el principal problema?	Depresión, ira inevitable, dolor insoportable	Alienación del cuerpo; excepcionalmente pobre imagen corporal en poblaciones clínicas.

Nota: Adaptado de "Treating self-injury: A practical guide", por Walsh, 2012. New York: Guilford Press.

Características psicológicas de las personas que se autolesionan

Klonsky y Muehlenkamp (2007), a partir de la revisión de diversos estudios, explican que las personas que se autolesionan presentan ciertas características psicológicas, de las cuales, la más prominente es la presencia de emociones negativas. A continuación se describen brevemente estas características:

Emocionalidad negativa

Las personas que se autolesionan experimentan emociones negativas de manera más frecuente e intensa en su vida diaria, que aquellas personas que no se autolesionan. Por lo que consideran que este grado de experiencia de emociones negativas puede ser la razón principal para la autolesión, ya que la autolesión puede aliviar temporalmente la angustia emocional.

Déficits en habilidades emocionales

Además de una mayor presencia de emociones negativas, las personas que se autolesionan también muestran dificultades con la experiencia, reconocer y expresar sus emociones. Durante los periodos disociativos, las personas describen no sentir nada o percibir todo como irreal. Además, algunas personas que se autolesionan suelen ser alexitímicos (que presentan dificultad para identificar o entender sus emociones) y son menos conscientes de sus emociones en comparación con las personas que no se autolesionan.

Siguiendo en esta línea, Mosquera (2008) explica que la persona que se autolesiona generalmente experimenta tristeza, vacío y presenta dificultades para poder identificar sus sentimientos y expresarlos, asimismo, suele mezclar y confundir emociones y no sabe si es normal sentirse así o no.

Autoanulación

Además de los problemas emocionales, las personas que se autolesionan son particularmente propensas a ser autocríticos o experimentan intensa ira o desagrado hacia sí mismos. El castigo y la ira autodirigidos, son referidos con frecuencia como

motivaciones para la auto-lesión. Las personas con una alta emocionalidad negativa y autoanulación, corren un riesgo especial para la auto-lesión, aunque la investigación no ha abordado aún de manera explícita la combinación de estas características en relación a la autolesión.

Funciones de la autolesión

De acuerdo con Mosquera (2008) la autolesión puede surgir por tres razones:

1. Porque la persona no encuentra palabras que le permitan expresar la intensidad de su sufrimiento necesita comunicarlo, "sacarlo fuera";
2. Para hacerlo visible;
3. Porque las emociones son demasiado intensas y dolorosas para ser manifestadas con palabras y no se ha aprendido a identificarlas, expresarlas de una manera adecuada, tolerarlas, aceptarlas ni manejarlas.

En el trabajo realizado con pacientes que se autolesionan mediante cortes y quemaduras, Mosquera (2008) encontró que los motivos que con mayor frecuencia refieren estas personas son:

- Para sentir alivio.
- Para mostrar lo mucho que sufren.
- Para pedir ayuda.
- Para sentir que tienen un motivo real para experimentar dolor.
- Para sentirse vivos, "reales".
- Para comprobar que no están soñando.
- Para volver a la realidad (salir de un estado disociativo).
- Para experimentar sensación de purificación o limpieza (sale la sangre y con ella todo lo malo).
- Para "obtener su merecido" (castigo).
- Para castigar a otros.

En un estudio realizado por Klonsky (2010), se diseñó una entrevista estructurada, la cual se administró a 39 adultos jóvenes con el objetivo de examinar las funciones, los estados afectivos y las consecuencias asociadas a las lesiones autoinfligidas no suicidas. Se encontró que el 85% de los participantes que se autolesionan refirieron como razón primaria "liberar la presión emocional que se acumula en mi interior", seguido de "para controlar cómo me siento" y "para deshacerme de las emociones intolerables", de tal manera que las lesiones autoinfligidas desempeñan el papel de regular el afecto negativo. Asimismo, se encontró que antes de la conducta autolítica, los participantes tuvieron tendencia a sentirse abrumados, tristes, frustrados y después de ella, aliviados y tranquilos. Los participantes también refirieron el autocastigo como una razón más pero la valoraron como algo secundario.

La autolesión como una forma de somatización

Retomando el punto de vista de McDougall (1995) sobre la somatización, la autolesión puede considerarse como una forma de somatización en la cual subyacen dolorosos sentimientos que jamás aparecen en el discurso asociativo y que en su lugar se descargan en un acto, que en vez de reflexionar sobre nuestras emociones para encontrarles una respuesta adecuada, todos tendemos a hacer algo en su lugar, por ejemplo: comer, beber demasiado, fumar, destrozar cosas, enfermarse de gripe, pelearse con la pareja, etcétera, y por tanto, estas diferentes formas de expresión actuadas, cuya meta es dispersar el afecto lo más rápidamente posible, no son de nuestro conocimiento y por tanto no son elaboradas.

De esta manera, McDougall (1995) se refiere a las somatizaciones como "dramas ocultos", "metáforas de la realidad psíquica" en la cual los analizados representan diferentes papeles. La autora explica que todos tenemos tendencia a somatizar cuando ciertas circunstancias internas o externas a nosotros sobrepasan nuestros modos psicológicos habituales de resistencia. Explica que en la somatización se produce una escisión entre la mente y el cuerpo y observó en sus pacientes somatizadores, que a causa de esta escisión, éstos no percibían sus emociones en situaciones angustiosas, que "las ideas asociadas a todo afecto conflictivo importante

no se reprimían, como en la neurosis, sino que se borraban inmediatamente del campo de conocimiento, mecanismo que Freud llamó en 1918 "repudio" en relación con los estados psicóticos". (p.20). Asimismo encontró que sus pacientes reaccionaban de manera arcaica, como si fueran niños pequeños, que no podían poner en palabras lo que pensaban y que no podían reaccionar más que psicosomáticamente a una emoción dolorosa.

Tratamiento de la conducta autolesiva

La autolesión al ser considerada como un criterio para el diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), no ha sido estudiada como una entidad única y aún se estudia su psicopatología, por ende, los tratamientos son dirigidos a tratar los trastornos en los que se presenta, principalmente se emplea la terapia farmacológica y las estrategias dialéctico-conductuales empleadas para tratar el TLP (Castro, 2014). A continuación, se describen algunos de los tipos de terapias que han sido empleadas para tratar la conducta autolesiva en el TLP.

Terapia dialéctico-conductual (TDC)

Es un tratamiento cognitivo-conductual, de tipo ambulatorio, desarrollado específicamente para tratar el Trastorno Límite de la personalidad (TLP). Fue diseñado por Linehan (2003) quien propone la teoría biosocial para explicar que el principal trastorno en el TLP, es la desregulación de las emociones, resultado de cierta disposición biológica, la cual interactúa con un entorno social invalidante, generándose en los pacientes, síntomas conductuales desadaptativos. De esta manera, la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) es empleada en pacientes que se autolesionan, cuyos comportamientos desadaptativos funcionan como vías de escape o para la expresión de emociones negativas (Gunderson, 2002). Por tanto, la TDC, se basa en la teoría biosocial y en la perspectiva dialéctica la cual tiene tres características principales que son: 1) la realidad se entiende como una totalidad. Desde esta visión, se da importancia a la interrelacionalidad de las pautas de conducta de un sujeto. 2) La realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas

que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Y 3) La realidad está en constante cambio. Por lo tanto, la terapia no se concentra en mantener un ambiente estable y consistente, sino que se centra en ayudar al cliente a sentirse cómodo con los cambios (Linehan, 2003).

La TDC, incluye la combinación de sesiones individuales y grupales, que se llevan a cabo semanalmente. A continuación, se describe el programa de tratamiento básico, el cual, se conforma de tres componentes (Gunderson, 2002, p. 165):

- a. Psicoterapia de frecuencia semanal con un médico-terapeuta principal entrenado, cuyo trabajo está coordinado con
- b. un grupo de entrenamiento en habilidades sociales, dirigido por colaboradores entrenados, que se reúne durante 2 ½ horas cada semana; estos dos servicios están complementados por
- c. consultas telefónicas con el terapeuta a cargo del caso, o si el terapeuta no está disponible, con otro servicio acordado. El contacto telefónico está orientado a prevenir las situaciones de urgencias y para proporcionar al paciente, un entrenamiento en habilidades y/o el restablecimiento de relaciones.

El curso de la terapia de grupo, está compuesto de cuatro módulos para el entrenamiento de habilidades sociales: concienciación, regulación emocional, tolerancia al malestar o a la frustración y eficacia interpersonal. La psicoterapia individual está dirigido a alcanzar una jerarquía de objetivos, en la que se da prioridad a la disminución de la conducta suicida, dentro de la cual se incluyen las conductas de autolisis, asimismo, se da prioridad a los comportamientos que interfieren con la terapia (como falta de asistencia, falta de colaboración, incumplimiento, entre otras) y a trabajar los problemas de la vida diaria generando conductas que mejoren la calidad de vida (Gunderson, 2002). De esta manera, la terapia tiene la finalidad de entrenar al paciente para que pueda poner en práctica otras conductas más adaptativas mediante el manejo de las conductas de autolisis, el aumento de la capacidad para regular las propias emociones, la tolerancia a la frustración, el mantenimiento de relaciones interpersonales más satisfactorias, la elaboración de

situaciones traumáticas del pasado, entrenamiento para la resolución de problemas y la promoción del autorespeto, asimismo, durante el tratamiento, se afrontan aquellas conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, también, el terapeuta trabaja en la validación de los conflictos emocionales y de los sentimientos del paciente (Cuevas & López, 2012).

Como puede entenderse, la Terapia dialéctica conductual prioriza la reducción de conductas peligrosas para la vida, y varios estudios han demostrado que este tipo de terapia reduce las lesiones sin intencionalidad suicida así como aquellas con intencionalidad suicida (Turner, Austin & Chapman, 2014). A partir de la revisión de diversos ensayos clínicos sobre DBT, Cuevas y López (2012) concluyen que la terapia dialéctico-conductual es una terapia indicada en contextos de atención comunitaria, recomendada para mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, especialmente si presentan tendencias suicidas y autolesivas, conductas de ira, impulsividad y agresiones.

Terapia Cognitiva

Los terapeutas cognitivos postulan que los pacientes límite presentan cogniciones distorsionadas que: a) se desarrollan en etapas tempranas de su vida; b) tienen consecuencias desadaptativas y que c) se autoperpetúan. Por tanto, el objetivo de las terapias cognitivas es cambiar las cogniciones distorsionadas, centrándose en cambiar los esquemas cognitivos disfuncionales relacionados con uno mismo y con su entorno y se enseñará al paciente a reconocer la forma en que un esquema desencadena los actos autodestructivos (Gunderson, 2002) por ejemplo, una conducta autodestructiva [como autolesionarse], se considera consecuencia de un esquema cognitivo distorsionado, como pensar que uno mismo es malo (Layden & cols., 1993, citado en Gunderson, 2002).

Marín (2013) realizó una evaluación de un tratamiento cognitivo conductual para la conducta autolesiva en 20 adolescentes (7 hombres y 13 mujeres) de nivel secundaria con un promedio de edad de 12.95 años quienes presentaban episodios de autolesión durante el último mes previo a la evaluación. Para evaluar la presencia

de conducta autolesiva y seleccionar a los 20 participantes, se diseñó y aplicó una cédula de Autolesión desarrollada para adolescentes mexicanos, y la información recogida se corroboró mediante una entrevista clínica semiestructurada. Para evaluar la efectividad de la terapia, se realizó una evaluación pre-tratamiento con el paquete de instrumentos de medición que incluía las siguientes escalas: *Cédula de Autolesión*, *Escala de Disregulación Emocional*, *Inventario de Depresión de Beck*, *Inventario de Ansiedad de Beck*, *Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes* y *la Escala de Impulsividad de Plutchik*.

Posteriormente, los adolescentes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de estudio 1) control, sin tratamiento y 2) Experimental con Tratamiento, asimismo, se realizó una evaluación post-tratamiento y transcurridos 3 meses de concluida la terapia con el grupo experimental, se realizó una re-evaluación. Los resultados indicaron cambios significativos entre el pre-test y el post-test en las medidas de autolesiones, dis-regulación emocional, depresión y experiencias disociativas, excepto en ansiedad y la impulsividad. De igual manera se compararon las medidas del post-test con la re-evaluación realizada 3 meses después, en la que se observaron cambios significativos en las variables de autolesiones, ansiedad y experiencias disociativas. Los resultados demostraron que la terapia cognitivo conductual tuvo efectos positivos a corto y a largo plazo, ya que se observó una disminución significativa en los síntomas evaluados a excepción de la impulsividad.

Respecto al grupo control, las comparaciones dentro del grupo, indicaron que no hubo cambios significativos entre las medias iniciales y las finales en grupo sin tratamiento, excepto en las variables de dis-regulación emocional y ansiedad. Por otro lado, la comparación entre grupos, las medidas post-test indicaron que los grupos difirieron significativamente sólo en el promedio de las autolesiones, por lo que se observó mayor disminución de la conducta autolesiva en el grupo con tratamiento, asimismo, se encontró que en esta muestra los principales predictores de la autolesión son la depresión, la dis-regulación emocional y las experiencias disociativas.

Terapia de Grupo de Regulación Emocional (ERGT)

La ERGT se administra en un formato de grupo durante 14 semanas. Este tipo de terapia se centra en la regulación de emociones y en el desarrollo de habilidades de aceptación, así como en las estrategias para identificar y perseguir objetivos y valores importantes. En la revisión de los distintos estudios, se encontró que la ERGT reduce la frecuencia de la autolesión sin intencionalidad suicida (Turner, Austin & Chapman, 2014)

La Terapia Cognitiva Asistida por manual (MACT) (Manual-assisted cognitive therapy)

Es un tratamiento breve que dura normalmente 6 sesiones. Como parte del tratamiento, incluye la resolución de problemas estructurados, incluyendo terapia individual y biblioterapia. Los autores encontraron sólo un ensayo controlado aleatorio con una muestra pequeña que indica una ventaja significativa de la MACT, en la reducción de la frecuencia de autolesiones sin intencionalidad suicida, entre mujeres adultas con Trastorno Límite de la personalidad (Turner, Austin & Chapman, 2014).

Terapia de Voz y Movimiento (VMT) (Voice-movement therapy)

Es una terapia de artes expresivas integrado que tiene como objetivo reducir desregulación emocional y aumentar la conciencia de sí mismo a través de la realización de sonidos, el canto, la escritura expresiva, masaje, movimiento y actividades de teatro. Los autores identificaron un ensayo no controlado, sobre esta terapia en un grupo donde las mujeres jóvenes y adultas, al recibir un tratamiento de 10 semanas, presentaban menos frecuencia de autolesiones sin intencionalidad suicida (Turner, Austin & Chapman, 2014).

En lo referente a las Psicoterapias de orientación psicodinámica se encuentran las siguientes:

Psicoterapia focalizada en la transferencia

Desde inicios de 1980, Kernberg y John Clarkin han trabajado en un proyecto de investigación sobre terapia *borderline* y junto con Frank Yeomans (Clarkin et al., 1999; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; 2002, citados en Levy, Yeomans & Diamond, 2007) han desarrollado manuales de tratamiento que describen las estrategias y técnicas de un tratamiento dinámico al cual han llamado Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

La Psicoterapia focalizada en la Transferencia se centra en las representaciones mentales derivadas de la internalización de las relaciones de apego con los cuidadores (Kernberg, 1984, citado por Levy, Yeomans & Diamond, 2007) por tanto, la meta general del tratamiento es la integración de las relaciones objetales parciales persecutorias e idealizadas del paciente límite (López, 2004) de manera el paciente logre el desarrollo de representaciones integradas de uno mismo y los demás, así como la modificación del uso de defensas primitivas (Levy, Yeomans & Diamond, 2007)

La estrategia principal de la Psicoterapia focalizada en la Transferencia consiste en reactivar, durante el tratamiento, las relaciones de objeto internalizadas escindidas de naturaleza opuesta, persecutoria e idealizada, que son observadas e interpretadas en la transferencia (Kernberg & Foelsch, 2011) esta última, por tanto, es empleada en las relaciones, tanto con el terapeuta como con otras personas, como un vehículo para el cambio terapéutico (Turner, Austin & Chapman, 2014).

Los principales objetivos de la Psicoterapia focalizada en la Transferencia son reducir las tendencias suicidas y las conductas autolesivas, facilitar un mejor control del comportamiento, el aumento de afecto, relaciones más gratificantes, y la capacidad de lograr los objetivos de la vida. (Levy, Yeomans & Diamond, 2007).

En la Psicoterapia focalizada en la Transferencia, las sesiones son cara a cara, el tratamiento es individual, con una frecuencia de dos veces por semana y el paciente es instruido para llevar a cabo la asociación libre (Kernberg & Foelsch, 2011).

Los objetivos de cambio son jerarquizados de acuerdo a su gravedad para la seguridad del paciente y la continuación del tratamiento, en la fase temprana los objetivos de cambio son: 1) el control de la impulsividad y la conducta autolesiva, 2) reducción del riesgo de deserción, 3) concentración de las crisis afectivas en las sesiones y en relación con las interacciones con el terapeuta, 4) control de la conducta caótica e inapropiada desde el punto de vista social fuera de las sesiones y 5) Habilidad para conservar la relación con el terapeuta a pesar de las crisis afectivas (López, 2004).

En la revisión de varios ensayos clínicos sobre la Psicoterapia focalizada en la Transferencia, Turner, Austin & Chapman (2014) encontraron que mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad, presentaron significativa reducción de la gravedad pero no de la frecuencia de autolesiones sin intencionalidad suicida, después del tratamiento.

Psicoterapia basada en la mentalización (MBT)

La modalidad es de origen psicodinámico y es empleada en el tratamiento de personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Bateman y Fonagy (2006) desarrollaron la terapia basada en la mentalización (MBT), la cual está fundamentada en la teoría del desarrollo de la mentalización, la cual, integra a la filosofía (con la teoría de la mente), la psicología del yo, de la teoría Kleiniana, y la teoría del apego (Fonagy, Gergely et al., 2002, citados en Levy, Yeomans & Diamond, 2007).

Bateman y Fonagy (2006) mencionan que la mentalización del terapeuta de alguna manera fomenta la mentalización del paciente lo cual se ve como una faceta crítica para la relación terapéutica y es la esencia del mecanismo de cambio. “Lo esencial del valor de la psicoterapia es la experiencia de otro ser humano de tener la mente del paciente en mente” (p. 415). Desde esta perspectiva, el mecanismo de cambio para el tratamiento, consiste en la capacidad de pensar acerca de los propios estados mentales en uno mismo y durante las situaciones interpersonales en las haya mucha carga afectiva (Levy, Yeomans & Diamond, 2007). Por tanto, la terapia consiste en entrenar al paciente para que logre un mayor conocimiento de sí mismo y de los

demás de manera que esto le permita manejar sus impulsos, las disregulaciones afectivas y las relaciones con los demás, ya que se considera que todo lo antes mencionado, subyace a las conductas autodestructivas de los pacientes (Cuevas & López, 2012).

Las características principales de este enfoque psicoterapéutico pueden resumirse de la siguiente manera (Bateman & Fonagy, 2006):

1) el terapeuta debe centrarse exclusivamente en el estado mental actual del paciente (sus pensamientos, sentimientos y deseos) con el objetivo de construir las representaciones de los estados internos.

2) se le pide al terapeuta evitar situaciones en las que el paciente hable de estados mentales que él o ella no puede vincular a lo que subjetivamente sintió en realidad. De esta manera, el tratamiento se desvía de la técnica psicodinámica tradicional porque a) no se enfatiza en lo inconsciente o lo profundo, lo que importa es el contenido consciente o casi consciente, tampoco se enfatiza en el pasado, lo que importa es el presente; b) el objetivo de la terapia no es lograr el *insight*, pero la recuperación de la mentalización permite lograr una integración y representación coherente de los estados intencionales; c) el terapeuta evita describir estados mentales complejos (como los conflictos, la ambivalencia, lo inconsciente) y hace "pequeñas interpretaciones", con la referencia de que sólo es ligeramente más allá de los límites de pensamiento consciente del paciente.

3) de esta manera la terapia crea una zona de transición de relación en el que los pensamientos y las emociones pueden "jugar con".

4) las inevitables promulgaciones en el transcurso del tratamiento, no se interpretan ni son entendidas en términos de su significado inconsciente pero sí en términos de la situación y afectos inmediatos antes de la promulgación.

Psicoterapia Dinámica Deconstructiva (DDP)

Turner, Austin y Chapman (2014) describen que la DDP es un tratamiento psicodinámico para los pacientes con TLP que consiste en sesiones individuales semanales para aumentar la capacidad de los clientes para describir experiencias afectivas e interpersonales mediante sus narraciones. Los autores revisaron un estudio controlado aleatorio con una muestra pequeña de adultos con trastorno límite de la personalidad con comorbilidad con trastornos en el consumo de sustancias; 3 de 7 participantes que reportaron conductas sin intencionalidad suicida, informaron abstenerse de autolesionarse durante los últimos 3 meses de que recibieron la DDP. Además, entre estos participantes, la frecuencia de autolesiones sin intencionalidad suicida, dentro de los últimos 3 meses de tratamiento DDP, fue significativamente menor que la frecuencia en los 3 meses anteriores al tratamiento.

Tratamiento Farmacológico

Los medicamentos se usan para tratar los síntomas como agresión impulsiva, conducta autolesiva y otros tipos de conducta impulsiva. El tratamiento se inicia con un inhibidor de la recaptación de serotonina (ISRS) y en casos en que este medicamento no es suficiente o el muy grave el descontrol, es de mucha ayuda agregar antipsicóticos a dosis bajas o estabilizadores del estado de ánimo (López, 2004).

Los antipsicóticos atípicos, como la risperidona, la olanzapina y la clozapina son fármacos especialmente útiles en pacientes con conductas de automutilación (Gunderson, 2002).

Turner, Austin & Chapman (2014) a partir de la revisión de diversos ensayos, encontraron evidencia empírica sobre los efectos psicofarmacológicos en autolesiones sin intencionalidad suicida para cinco clases de fármacos: los ISRS (por ejemplo, fluoxetina), antipsicóticos atípicos (por ejemplo, aripiprazol y ziprasidona), IRSN (venlafaxina), los opioides (buprenorfina), y antagonistas opiáceos (naltrexona). La evidencia encontrada describe que adultos con TLP, se abstuvieron de llevar a cabo conductas autolesivas sin intencionalidad suicida durante el tratamiento con

aripiprazol y durante los 18 meses de seguimiento. En otro estudio revisado, los autores encontraron que la ziprasidona, un antipsicótico atípico, dio lugar a menores tasas y una menor frecuencia de autolesiones sin intencionalidad suicida en adolescentes, en comparación con los medicamentos neurolépticos alternativos (por ejemplo, risperidona, olanzapina, chlorproxiten y prometazina). Respecto a los no antipsicóticos, los autores revisaron un ensayo de casos y controles donde se demostró que las tasas y frecuencia de las autolesiones sin intencionalidad suicida, disminuyeron significativamente durante el tratamiento con naltrexona en adultos con TLP. Asimismo, medicamentos como la venlafaxina, la buprenorfina, fluoxetina y naltrexona redujeron la frecuencia y las tasas de autolesiones sin intencionalidad suicida.

Recomendaciones para el tratamiento de las lesiones autoinfligidas

La OMS (2015) plantea algunas recomendaciones con sustento empírico, para el tratamiento de las autolesiones en los centros asistenciales no especializados. Las recomendaciones se describen a continuación:

1. ***Evaluar la posibilidad de daño autoinfligido o suicidio en personas con trastornos mentales, nerviosos o por abuso de sustancias.*** El personal sanitario debe preguntar acerca de pensamientos o planes de hacerse daño a sí mismo en el último mes o en el último año, a personas con algún trastorno mental (por ejemplo, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad, entre otros) aunque no refieran lesiones autoinfligidas.
2. ***Restringir y retirar de su alcance los medios por los que puede hacerse daño.*** Mientras la persona abrigue pensamientos o planes de hacerse daño o haya cometido actos con esta finalidad, se le debe aconsejar a ella, a la familia y a otros allegados que restrinjan el acceso a posibles medios de hacerse daño (por ejemplo, sustancias venenosas, medicamentos, armas de fuego, acceso a lugares altos).

3. ***Establecer diferentes formas de contacto.*** Se recomienda que el personal sanitario del centro no especializado establezca el contacto regular (por teléfono, cartas, intervención breve, visitas a domicilio), con las personas que declaren espontáneamente tener pensamientos de hacerse daño, o que han realizado planes de hacerse daño en el último mes. Al principio los contactos deben ser más frecuentes, pero se irán espaciando a medida que el paciente mejore. (La OMS la considera una recomendación ordinaria, ya que puede ofrecerse a la mayoría de los pacientes pero que puede adaptarse o tomarse otras medidas que las autoridades competentes recomienden).

4. ***Intervención mediante método de resolución de problemas.*** Puede emplearse como forma de tratamiento de las personas que en el último año se han lesionado a sí mismas, siempre y cuando se cuente con personal suficiente.

5. ***Uso del apoyo social.*** Se debe prestar apoyo social como el tratamiento del caso, apoyo social comunitario y familiar, a las personas que declaren espontáneamente haber tenido pensamientos o planes de hacerse daño en el último mes, o que se han hecho daño a sí mismos en el último año.

6. ***Hospitalización de las personas que se autolesionan.*** No se recomienda el internamiento en servicios no especializados de los hospitales generales con el objetivo de evitar lesiones autoinfligidas. No obstante, puede ser necesario internarlas en un hospital general para atender las consecuencias médicas de dichas lesiones; en estos casos, será necesario vigilar al paciente para evitar que vuelva a intentar hacerse daño mientras se encuentra en el hospital. Cuando el paciente se pone violento, agitado o se niega a comunicarse, se le debe remitir a un servicio psiquiátrico o de salud mental.

CAPÍTULO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El Centro Comunitario "Los Volcanes", es un lugar donde es muy valioso el trabajo en equipo y la mayoría de las actividades se planean y se llevan a cabo de esta manera, por tanto, me gustaría destacar que las actividades que a continuación describiré, siempre las llevé a cabo con mis compañeras de servicio social y con estudiantes del Programa Único de Especializaciones de Posgrado (PUEP).

Revisión de los expedientes clínicos a partir del año 2013 al 2014

Esta actividad la realicé junto con una de las prestadoras de servicio social. Para ello, elaboramos un formato con los elementos que debe contener cada expediente. Este formato nos permitió revisar el estado de todos y cada uno de los expedientes que se abrieron durante el periodo del año 2013 al 2014, e ir registrando si contaba o no con los siguientes elementos:

- Cuestionario de Admisión
- Hoja de Admisión
- Hoja de Derechos y obligaciones de los usuarios
- Consentimiento informado
- Historia clínica
- Reportes por cada sesión (deben coincidir con el número de sesiones destinadas a entrevista inicial, evaluación, devolución y tratamiento).
- Pruebas psicológicas aplicadas e interpretación de cada una de ellas, además de su respectiva integración.

Al frente, el expediente debe tener anotado el nombre o nombres de los terapeutas así como el nombre del supervisor, también las fechas de todas las sesiones ofrecidas al paciente, se debe especificar si asistió o no asistió, y en la parte de observaciones se debe especificar de manera muy breve qué se trabajó durante la sesión. En total revisamos 280 expedientes y a cada supervisor le entregamos el reporte correspondiente de aquellos casos que estaban bajo su supervisión para que ellos les comunicaran a sus alumnos si les faltaba algún tipo de información y pudieran completar y actualizarlos.

Esta actividad no solo favoreció que los expedientes estuvieran completos y actualizados, también facilitó que otros compañeros pudieran acceder a la información de cada expediente y tener claridad sobre lo que se trabajó anteriormente con un paciente, los avances que se obtuvieron, si concluyó el proceso o dejó de asistir, entre otros, lo cual a su vez también facilita la recopilación de datos para fines de investigación.

Impartición de un taller psicoeducativo y de intervención preventiva y remedial

Taller preventivo y psicoeducativo sobre Violencia en el Noviazgo “De la pasividad al caos: una manera de reconstruirse”.

Como equipo de servicio social, replicamos este taller, el cual fue elaborado e implementado por anteriores prestadores de Servicio Social en el CCAP “Los Volcanes”. Al retomarlo, trabajamos con una población de 30 adolescentes de entre 14 y 15 años de edad, de tercero de secundaria en una Escuela Secundaria de la delegación de Tlalpan. En el grupo habían 24 mujeres y 6 hombres y para trabajar con ellos, decidimos dividir el grupo en dos secciones equitativas: Sección A: 12 mujeres y 3 hombres/ Sección B: 12 mujeres y 3 hombres. Cabe señalar que para la implementación de este taller contamos con la participación de una compañera de prácticas en escenarios especializados y otro de la especialidad de adultos y grupos (PUEP), quienes nos apoyaron en la realización de algunas actividades.

El taller estuvo constituido por 6 sesiones y cada una de ellas tuvo una duración de 1 hora y 40 minutos. Se trabajaron con técnicas propias del enfoque Gestalt y para sensibilizar a los estudiantes sobre la violencia en la relación de pareja, principalmente para prevenirla, se abordó el tema de *El buen trato y el mal trato* desde la perspectiva de Fina Sanz (2004) quien nos dice que las relaciones de malos tratos se han centrado básicamente en las relaciones de pareja y en lo visible como los golpes, las lesiones e incluso la muerte, pero que el mal trato es algo más amplio que va más allá de las relaciones de pareja y de lo que es visible. De esta manera, el mal trato se produce en el afuera (lo que se ve) y en el adentro (lo que no se ve).

Tanto el buen trato como el mal trato se generan en lo social y en lo relacional, pero no solo se ven en nuestras relaciones interpersonales, sino que también van dirigidos hacia uno mismo, por ejemplo: respecto al buen trato, lo que nos hace sentir bien, lo podemos compartir con los demás, procurando su bienestar como una muestra del cuidado que tenemos con ellos. Otros temas que se abordaron a lo largo de las sesiones fueron: la adolescencia resaltando los cambios y características propias de esta etapa, asimismo, se habló sobre el noviazgo, los tipos de violencia y sus implicaciones en las relaciones de noviazgo.

Para el cierre del taller, elaboramos una presentación en Power Point, la cual, llevamos a la secundaria para mostrarle a los adolescentes, un resumen de todo el trabajo que realizaron durante el taller, esta presentación contenía fotos y frases o pensamientos de los propios alumnos, asimismo, se expusieron de manera general los resultados que se obtuvieron con el taller.

Promoción y difusión del CCAP “Los Volcanes”

V Jornada de Trabajo del CCAP “Los Volcanes”

En la semana del 27 al 29 de Marzo del 2014, se llevó a cabo la V Jornada de Trabajo Clínico del Centro, en la Facultad de Psicología. Las prestadoras de servicio social participamos, en la difusión del evento a través de carteles e internet, así como en la recepción y registro de las personas que acudieron al evento

Además como programa de servicio social participamos como ponentes el día 28 de Marzo, en el Auditorio “Luis Lara Tapia” presentando:

1. La propuesta de un Nuevo Modelo Clínico de Admisión en el cual participamos tanto en su diseño como en la implementación. Para la exposición, una compañera del servicio social y yo, elaboramos una presentación en Power Point, titulada “*Hacia un Modelo de Admisión Clínica*” donde mostramos la justificación, los objetivos y las fases del Modelo de Admisión.

2. Así como los resultados del taller preventivo y psicoeducativo que realizamos en una secundaria sobre Violencia en el Noviazgo por medio de una presentación en Power Point titulada: *“De la pasividad al caos: una manera de reconstruirse”*.

11º Encuentro de los Centros

Asimismo tuve participación en el 11º Encuentro de los Centros que se llevó a cabo los días 23, 24 y 25 de Septiembre del 2014. Este evento consistió en promover el CCAP informando a todos los asistentes sobre los programas académicos, las actividades y el tipo de atención que se ofrece en el centro y aclarando algunas dudas que pudieran tener en relación a dicha institución. Para ello, el equipo de servicio social, elaboramos un cartel y trípticos (ver anexos 2 y 3 que contenían información sobre el CCAP “Los Volcanes”. También diseñamos una presentación en Power Point con información y fotos de las instalaciones del Centro, de las zonas aledañas y de todo el equipo de alumnos y maestros que pertenecemos a este Centro.

Participación en el grupo de prácticas en escenarios especializados

En las primeras sesiones, la Dra. Mancilla nos enseñó cómo aplicar la Valoración Integrativa Sensorial (VIS), la cual se aplica a niños de entre 6 a 11-12 años de edad. Esta valoración se utiliza para detectar la disfunción más no el daño orgánico. La VIS es una exploración neuropsicológica que permite saber si el problema que presenta el niño es de tipo emocional o si se debe a que no está bien integrado sensorialmente.

En sesiones posteriores, la Dra. Mancilla empleó material audiovisual [películas “Modelo Antiguo” “La isla del pelícano” “Un sueño posible”, entre otros] para que nosotros pudiéramos identificar la problemática de la protagonista y poder hacer un diagnóstico. Así mismo, revisamos dos expedientes del Centro Comunitario “Los Volcanes”, y de igual manera, nos pidió hacer un diagnóstico y una propuesta de tratamiento.

En otras dos sesiones, realizamos *“Role Playing”* de una entrevista inicial. Al finalizar las representaciones, la Doctora nos hacía observaciones y comentarios sobre cómo habíamos realizado la entrevista, así mismo, nos daba sugerencias sobre cómo preguntar y qué hacer, principalmente cuando se trabaja con niños. Posteriormente, nos preguntaba qué habíamos escuchado y observado en el paciente y a partir de ello, nos pedía comentar nuestra impresión diagnóstica.

Finalmente, en las dos últimas sesiones, los alumnos nos organizamos para presentar dos seminarios, uno sobre suicidio y el otro sobre autolesiones; yo y otra compañera del grupo presentamos el seminario sobre autolesiones.

Evaluaciones psicológicas e iniciación en la intervención psicológica

Después de un periodo de 6 meses de haber iniciado mi servicio social; comencé a participar como co-terapeuta en algunos de los casos que de nuevo ingreso en el Centro. En total, tuve la oportunidad de atender 6 casos de los cuales se realizó la integración de expediente con las notas clínicas de cada sesión.

En 3 de los casos, colaboré con compañeros del Programa Único de Especializaciones (PUEP) en el trabajo para la realización de: evaluación psicológica (aplicación, calificación e interpretación de pruebas psicológicas), integración de informe psicológico, comunicación de los resultados de la evaluación psicológica y tratamiento o intervención psicológica. En los otros 3 casos restantes, uno lo atendí sola y el trabajo consistió en ofrecer sesiones de orientación a dos adultos mayores, quienes son padres de una mujer de 45 años con retraso mental. Los dos casos restantes los atendí como co-terapeuta con dos compañeras de Servicio Social y el trabajo consistió en sesiones de orientación y apoyo psicológico.

Contribución en la formación de estudiantes mediante la realización de entrevistas iniciales

Durante algún tiempo, las prestadoras de servicio social, colaboramos para que alumnos de la coordinadora del centro, participaran con nosotras, primero como observadores de las entrevistas que las prestadoras realizábamos. Posteriormente

fuimos permitiendo que ellos también hicieran intervenciones. Entraban alrededor de 2 a 3 alumnos con cada una de nosotros. Antes de atender a los consultantes, nos organizábamos para dividir a los alumnos y para que supieran con quién realizarían la entrevista. Después les explicábamos el encuadre que se debía hacer con los consultantes y se les enseñaban los cuestionarios de admisión que se les debía entregar. Los alumnos se turnaban para que pudieran presenciar el encuadre y el momento en que los consultantes llenaban el cuestionario. Posteriormente, cuando los consultantes terminaban de llenar el cuestionario, nos reuníamos con los alumnos a nuestro cargo, para que revisáramos el cuestionario de admisión que el consultante acababa de llenar, para que junto con los alumnos, fuéramos sugiriendo qué preguntar a la persona o personas que entrevistaríamos.

Después de finalizar la entrevista y de despedir al consultante, nos reuníamos de nuevo en el consultorio para comentar sobre el caso y que ellos pudieran decir qué dudas tenían, asimismo, les explicábamos y enseñábamos cómo elaborar la nota clínica que presentarían a sus compañeros en clase.

Elaboración de Notas Clínicas

Las prestadoras de servicio social, propusimos e implementamos la idea de realizar una nota clínica por cada caso que atendiéramos en entrevista inicial. En un inicio, sólo poníamos ficha de identificación, fecha en que se realizó la entrevista, motivo de consulta y descripción de la sesión. Sobre la marcha, junto con las supervisoras fuimos viendo qué elementos eran importantes agregar a las notas clínicas. Al final, las notas que elaborábamos contenían:

- ficha de identificación
- fecha en la que se realizó la entrevista
- familiograma
- descripción y actitud del consultante durante la entrevista
- Motivo de Consulta
- Descripción de la sesión

La nota clínica la exponíamos ante todo el Comité de Evaluación del CCAP "Los Volcanes" junto con el cuestionario de admisión para que hacer una valoración sobre

el caso. La presentación de cada caso, en algunas ocasiones iba acompañada de un análisis de nuestra parte y de ser posible, una impresión diagnóstica y sugerencias de intervención o de atención.

ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE ADMISIÓN DE CONSULTANTES (MODELO CLÍNICO DE ADMISIÓN).

Durante el periodo del 2012-2013 la demanda de atención psicológica en el CCAP "Los Volcanes" aumentó a tal grado que la lista de espera era muy larga. Esto generó la necesidad de buscar alternativas para atender dicha demanda. La coordinadora de este centro, planteó la idea de una nueva modalidad de admisión y las prestadoras de servicio social, estuvimos a cargo de la planeación e implementación de un nuevo modelo clínico de admisión.

Bajo la dirección y supervisión de la coordinadora del centro, desarrollamos y planteamos los objetivos del nuevo Modelo de Admisión que eran los siguientes:

- Generar alternativas de atención a la creciente demanda.
- Proporcionar un servicio de atención clínica oportuno y de calidad.
- Ofrecer atención de acuerdo a los recursos profesionales y de formación con los que cuenta el CCAP "Los Volcanes".
- Disminuir y de ser posible no tener una lista de espera.

El proceso que llevamos a cabo, para poder echar a andar la propuesta y dar solución a la creciente demanda, fue:

- 1) Hacer una pausa a las nuevas solicitudes de admisión y no registrar a más personas de las que ya teníamos en la lista de espera, aquellas personas que solicitaban atención psicológica en el Centro se les brindaban opciones de atención psicológica en otros lugares.
- 2) A partir de un formato con el que contaba el Centro y que servía para recabar información de la historia clínica de los pacientes, elaboramos tres

cuestionarios de admisión, los cuales, nos permiten obtener de manera escrita la información más relevante sobre el consultante como datos socioeconómicos, relaciones interpersonales, motivo de consulta; duración, frecuencia e intensidad de la problemática; si ha implementado estrategias de solución y si ha recibido atención anteriormente, entre otros. Se elaboró un cuestionario para adultos, uno para menores de edad y otro para los padres. En el caso de los menores de edad, éstos deben acudir acompañados por alguno de sus padres o su tutor, quien firma como responsable y llena el cuestionario para padres de menores de edad. A partir de los 12 años de edad, se pide al menor que llene su solicitud de admisión. Esto se hace con el propósito de conocer la perspectiva sobre la problemática o motivo de consulta del menor y no solo la del padre o tutor (*ver anexos 4, 5 y 6*).

- 3) Se tomó la decisión de hacer un corte de 3 meses (Noviembre, 2013 a Febrero, 2014), ya que la mayor demanda se presentó en estos tres meses.
- 4) Con base a este corte, comenzamos a llamar por teléfono a las personas que durante este periodo solicitaron atención y estaban en la lista de espera, para saber quiénes aún estaban interesadas en el servicio y quiénes no; esto sirvió para depurar la lista.
- 5) Posteriormente, cuando ya no teníamos una lista de espera pusimos en marcha a finales del mes de marzo del 2014 el Nuevo Modelo Clínico de Admisión. Como equipo de servicio social, propusimos que fueran dos días a la semana las consultas de admisión y citar entre 3 y 6 solicitantes por día. Como primer paso, les pedíamos que llenaran el cuestionario de admisión, posteriormente, se les realizaba una entrevista inicial para indagar y comprender el motivo de consulta y las expectativas sobre el apoyo psicológico que buscan los solicitantes.

A continuación se describe cada una de las fases de este nuevo modelo de admisión clínica en el cual trabajé en equipo con las demás prestadoras de servicio social.

Tabla 8
Fases del modelo de Admisión Clínica

Fase	Actividades
<p>I. CONTACTO INICIAL</p>	<p>El objetivo principal es informar sobre el proceso de admisión y establecer una cita con los consultantes para llenado de solicitud y entrevista inicial. Cuando las personas hablaban al Centro solicitando atención psicológica les informábamos sobre el proceso de admisión, se les explicaba que el día de su cita llenarían un cuestionario de admisión y posteriormente se les realizaría una entrevista para conocer más sobre su motivo de consulta a partir de lo cual, su caso sería valorado por el grupo de expertos del centro y así poder indicarle los pasos a seguir para que recibiera una atención específica a su problemática. Asimismo, se le informaba sobre el costo de la entrevista, la fecha y hora en que debían presentarse. Para finalizar, se les tomaban sus datos personales como nombre, edad, correo electrónico, lugar de procedencia y muy brevemente, su motivo de consulta.</p> <p>Algunas competencias clínicas que fueron necesarias para llevar a cabo esta actividad fueron: empatía, observación (cuando acudían al centro a solicitar personalmente la cita), escucha activa, captación de la información, habilidades de comunicación clara y objetiva, capacidad de abstracción, en algunos casos fue necesario ofrecer contención e intervención en crisis.</p>
<p>II. RECEPCIÓN</p>	<p>En esta fase, el objetivo es recabar información e identificar los principales elementos del problema para comprender el motivo de consulta, para ello, preparábamos con anticipación los materiales y espacios para realizar las entrevistas. Recibíamos a los consultantes en un solo cubículo para que de forma individual llenaran el cuestionario de Admisión. Recibirlos en grupo nos permitía poder dar las mismas instrucciones a todos y asistirlos cuando tenían alguna duda o dificultad en el llenado del cuestionario. Cada sesión teníamos una lista con los nombres de los consultantes que acudirían ese día, esto nos permitía pasar lista y corroborar que todos los que asistían estaban citados, de esta manera, tratábamos de controlar el atender a personas que no tuvieran cita.</p> <p>Para iniciar, el equipo de psicólogas nos presentábamos y realizábamos el encuadre, en el cual, nuevamente explicábamos a los consultantes el proceso de admisión y les proporcionábamos las instrucciones para el llenado del cuestionario (entrevista por escrito). Durante el llenado, era posible observar algunos aspectos del consultante como: apariencia física, movimientos corporales, actitud, entre otros. Una vez que terminaban de llenar el cuestionario, revisábamos la información obtenida para ir conociendo el caso e ir planteándonos preguntas que pudieran ayudarnos a indagar más sobre la problemática. Posteriormente, se pasaba a los consultantes a otro consultorio para que llevar a cabo la entrevista clínica de forma individual durante la cual empleamos además de la técnica de la entrevista, el examen mental el cual nos permitió hacer una evaluación global del entrevistado (estado de ánimo, fluidez verbal, manifestaciones de ansiedad, entre otros)</p> <p>Al finalizar la sesión, se explicaba al consultante que a partir de la información que acababa de proporcionar, su caso iba a ser valorado por el equipo de profesionistas del Centro, para saber si su caso sería atendido aquí o en caso de que se considerara que requería atención especializada, se le plantearían otras alternativas para que sea atendido. Asimismo, se le decía que posteriormente nos volveríamos a comunicar con él para, proporcionarle una nueva cita e informarle los resultados de la valoración. Posteriormente, elaboraba una nota clínica de cada caso que atendía para poder sintetizar y organizar la información y poder presentarlo ante el equipo del Centro. En esta fase las competencias clínicas requeridas fueron: empatía, observación clínica directa, escucha activa y reflexiva, habilidades de entrevista clínica, habilidades de comunicación, análisis, síntesis y establecimiento de hipótesis diagnóstica y en algunos casos fue necesario ofrecer contención e intervención en crisis.</p>

Fase	Actividades
<p style="text-align: center;">III. COMITÉ DE EVALUACIÓN</p>	<p>Los objetivos en esta fase son: Presentar la solicitud de admisión y motivos de consulta mediante la exposición de la nota clínica, ante el comité de expertos, conformado por las supervisoras y psicólogos integrantes de los programas académicos, para evaluar y valorar los elementos de diagnóstico y hacer sugerencias de pronóstico y tratamiento. Asimismo, se examinan las principales necesidades, factores de riesgo, redes de apoyo del consultante para establecer focos de intervención u objetivos terapéuticos. La valoración, también incluye el que podamos identificar los recursos, capacidades, tiempos y requerimientos de evaluación del equipo clínico y del centro, esto permite decidir si el caso puede ser atendido en el centro o si es necesario referir a los consultantes a otra institución. Durante las sesiones de evaluación, fue importante y de utilidad el tomar notas sobre las acciones a seguir y sobre los comentarios del comité, para poder devolver y comunicar al consultante, los resultados de la valoración de su caso.</p> <p>Las competencias y habilidades empleadas durante esta fase, fueron: análisis de los casos a partir de diversos marcos teóricos para ampliar el panorama sobre la problemática del consultante, empleo de conocimientos de psicopatología para poder establecer un diagnóstico diferencial, así como tomar en cuenta los recursos y habilidades con que cuenta la persona y no sólo los signos y síntomas para poder establecer sugerencias de intervención o de tratamiento y de ser posible, un pronóstico, a partir de la abstracción, análisis e integración de la información escuchada.</p>
<p style="text-align: center;">IV. RESPUESTA-ACCIONES</p>	<p>En esta fase, el objetivo es comunicar los resultados de la valoración de las solicitudes de admisión y ofrecer a los consultantes las consideraciones y propuestas realizadas por el equipo de evaluación. En la sesión de devolución, no se abren temas o cosas, más bien, se trata de cerrar un momento para comenzar otra fase. Durante ella, se comunica al consultante, de manera muy general, sobre la impresión diagnóstica y sobre los elementos que conllevaron al diagnóstico, así mismo, se ofrece alguna de las siguientes alternativas de atención:</p> <p><i>a) Ingreso a alguno de los programas del Centro:</i> Informarle al consultante que su caso será atendido en este centro, así como el nombre del terapeuta, el día y la hora en que tiene que presentarse (algunas veces, la devolución la llevábamos a cabo en el terapeuta que quedaría a cargo del caso para que este realizara el encuadre desde esta primera sesión). Asimismo, se le informa el costo de las sesiones (el cual depende del nivel socioeconómico del paciente y de si el proceso será individual, en pareja o familiar).</p> <p><i>b) Canalización externa:</i> Comunicarle al consultante que su caso requiere de atención especializada (por ejemplo, psiquiátrica, neurológica o acudir a alguna institución que pueda ofrecer atención su problemática). Para ello, fue necesario elaborar cartas de canalización o de referencia, donde se escribían los datos generales del consultante, el motivo de consulta y una descripción del motivo por el que se canalizaba o refería. Esta carta era revisada y firmada por alguna de las supervisoras del centro y entregada en un sobre cerrado, al consultante o a los padres. Afuera del sobre agregábamos la dirección de la Institución a la que se le refería.</p> <p><i>c) Canalización externa con contrarreferencia:</i> Explicarle al consultante que requería una valoración (generalmente de tipo psiquiátrica) y mencionarle y aclararle por qué es necesaria una valoración antes de iniciar un tratamiento psicológico en este centro. En estos casos, fue necesario elaborar una carta de referencia donde se explicaba el motivo de envío y se solicitaba una carta de contrarreferencia sobre la evaluación y las indicaciones al paciente (en caso de que se le recetara medicamentos). Asimismo, se le explicaba al consultante, que después de que acudiera al lugar de referencia, volviera con nosotros para entregarnos la contrarreferencia y para comentarnos sobre las indicaciones que le hizo el médico, si ya inició el tratamiento, cómo se ha sentido, entre otros, para que a partir de ello, se valorara en qué momento podía iniciar un tratamiento psicológico en este centro.</p> <p>Es importante resaltar que en cualquiera de estas tres alternativas ofrecidas, era necesario ser empático, poder comunicarse con claridad, con sinceridad y con mucho respeto, ya que era sustancial tocar al paciente, poder sensibilizarlo y acompañarlo para que se comprometiera y continuara el proceso o acuda a la institución a la que haya sido referido.</p>

Durante el año 2014, tuve la oportunidad de atender en entrevista inicial a 62 consultantes, 50 de ellos los atendí cuando se echó a andar como tal, el Modelo de Admisión Clínica en el periodo de Abril a Diciembre del 2014. Dentro de estos consultantes, se incluyen los 6 casos detectados con conducta autolesivas, los cuales realizaron el mismo procedimiento de admisión que todos los demás consultantes. En algunos casos, los consultantes en su mayoría adolescentes, (o los mismos padres), referían la presencia de autolesiones desde el momento de solicitar la cita o cuando llenaban su solicitud de admisión, en otros casos, lo referían durante la entrevista, en la cual, consideré necesario indagar sobre los siguientes aspectos:

- ¿Cuándo inició la conducta?
- ¿Cuántas veces llevó a cabo la conducta y cuándo lo hizo por última vez?
- ¿Qué método u objetos empleó cada una de las veces?
- ¿Qué situación o evento sucedió antes de que llevara a cabo la conducta? A veces preguntaba ¿qué pasó antes? O ¿ante qué situaciones sientes la necesidad de lesionarte, cortarte, rasguñarte? (o lo que el consultante refiriera, usando sus propias palabras).
- Si podía identificar cómo se sentía antes de llevarla a cabo.
- ¿Cómo se sentía después de llevarla a cabo, que emociones o sensaciones identificaba?

Asimismo, preguntaba si alguien más lo sabía, por ejemplo, sus padres y cómo reaccionaron después de saberlo. Además, indagué sobre otras áreas, que generalmente exploraba en todos los casos de los consultantes que atendí, como dinámica familiar y con otras personas como amigos, maestros, novio (a); desempeño escolar, intereses y actividades durante tiempo libre, algunas veces preguntaba sobre consumo de sustancias y vida sexual y si identificaba que estos aspectos se relacionaban estrechamente con la problemática, profundizaba un poco más en estos temas, si no, sólo los exploraba de manera superficial.

Cuando finalizaba la entrevista, se les explicaba a los adolescentes y a los padres sobre los pasos subsecuentes del proceso de admisión, como a todos los consultantes que acuden a este centro.

En el siguiente capítulo, expondré los resultados obtenidos a partir del análisis de la entrevista inicial y la solicitud de admisión, de los 6 casos que atendí.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Resultados obtenidos mediante el análisis de 6 casos clínicos atendidos con entrevista inicial

Durante el periodo del mes de abril al mes de Diciembre del 2014, mediante el Modelo de admisión clínico, se aplicaron 172 (93%) entrevistas iniciales, de las cuales 12 (7%) correspondieron a casos de conducta autolesiva y 6 de esos casos, fueron atendidos por mí mediante dicho modelo.

De los seis consultantes que atendí en entrevista inicial, 5 son mujeres y sólo uno es hombre. El promedio de edad fue de 14.3 años. Respecto a la información sociodemográfica obtenida, cinco son de nivel secundaria y sólo una con bachillerato concluido y todos pertenecen a la delegación Tlalpan (ver tabla 9), aunque cabe resaltar que la mayoría de las personas que acuden al CCAP "Los Volcanes", pertenecen a la delegación Tlalpan.

A partir de la evaluación del caso realizada por el comité del CCAP "Los Volcanes", cinco de estos casos fueron admitidos para ser atendidos en dicho centro, y sólo uno fue canalizado a otra institución porque se identificaron elementos que requerían una evaluación psiquiátrica para el diagnóstico de un posible trastorno de personalidad, para ello, bajo la supervisión de la coordinadora del Centro, elaboré una carta de canalización en la que se describen los signos y síntomas obtenidos mediante la entrevista inicial (*Ver anexo 7*).

Respecto a los casos admitidos, sólo cinco acudieron a la devolución de los resultados de la entrevista inicial y sólo a tres se les realizó una evaluación psicológica con la finalidad de establecer focos de intervención. La evaluación, en general incluyó la aplicación de pruebas grafoproyectivas como: Persona bajo la lluvia, Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia, y de manera más específica, en uno de los casos se aplicó el inventario de Sucesos de vida en uno de los casos.

Tabla 9.

Registro de los seis consultantes con conducta autolesiva, atendidos mediante entrevista inicial.

Caso	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Procedencia	Programa Responsable	Acudió a Devolución	Acciones llevadas a cabo	# de Sesiones	Situación actual del caso
1	12 años	F	1° secundaria	Estudiante	Tlalpan	Maestría en Terapia Familiar en el CCAP "Los Volcanes"	No (La realizaría Maestría en Terapia Familiar)	Se realizaría una segunda entrevista para indagar más sobre la dinámica familiar y valorar la posibilidad de un trabajo a nivel familiar. También se ofrecería un espacio a la menor para que iniciara un proceso individual.	1 (sesión de entrevista inicial)	No se les localizó y tampoco volvieron a llamarse.
2	13 años	F	2° secundaria	Estudiante	Tlalpan	PUEP "Adultos y Grupos" en el CCAP "Los Volcanes"	Sí (La realizó PUEP "Adultos y Grupos")	Se realizó evaluación psicológica que permitiera establecer focos de intervención. Se elaboró historia clínica y se aplicaron las siguientes pruebas: Dibujo de Figura Humana, Persona bajo la lluvia y sucesos de vida]	4 (sesiones de evaluación, se incluye sesión de entrevista inicial) Período del 27/06/2014 al 8/08/2014	La madre comentó que ya no podría seguir llevando a la menor a terapia, se le ofreció otro horario pero ya no asistió.
3	12 años	F	2° secundaria	Estudiante	Tlalpan	Maestría en Terapia Familiar en el CCAP "Los Volcanes"	Sí (La realizó Maestría en Terapia Familiar)	Se iniciaría trabajo a nivel individual con la menor y posteriormente se incluiría a la mamá.	2 (1 de entrevista inicial)	Dejó de asistir. Se le volvió a llamar pero dijo que ya no podía asistir.
4	22 años	F	Bachillerato	Empleada	Tlalpan	Servicio Social para realizar canalización externa	Sí (La realizó Servicio Social)	Fue canalizada al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se citó a los padres para informales las acciones a seguir para que su hija reciba la atención adecuada y se les entregó carta de canalización.	2 (1 sesión de entrevista inicial y 1 de devolución)	Se canalizó

Caso	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Procedencia	Programa Responsable	Acudió a Devolución	Acciones llevadas a cabo	# de Sesiones	Situación actual del caso
5	13 años	M	2º secundaria	Estudiante	Tlalpan	PUEP "Niños y Adolescentes" en el CCAP "Los volcanes"	Sí (La realizó PUEP "Niños y Adolescentes")	Se realizó entrevista a profundidad con ambos padres. Asimismo, se realizó evaluación psicológica al menor. Se aplicó Bender, Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia, H-T-P y Persona bajo la lluvia. Además de la intervención psicológica con el menor, se ha ofrecido orientación a los padres. Se empleó un enfoque integrativo basado principalmente en técnicas Gestálticas.	8 de evaluación (se incluye entrevista inicial) y 20 de tratamiento Período del 07/10/2014 al 26/06/2015 Sigue asistiendo	Avances respecto a la identificación, expresión y manejo de emociones, en la relación y comunicación con los padres, mayor autoconfianza y autonomía para la toma de decisiones, así como una disminución considerable del riesgo de autolesiones Se está preparando Cierre
6*	14 años	F	3º secundaria	Estudiante	Tlalpan	PUEP "Adultos y Grupos" y Programa de Practicas en Escenarios Especializados dentro el CCAP "Los Volcanes"	Sí (La realizó PUEP "Adultos y Grupos") y Programa de Prácticas	Se realizó evaluación psicológica. Se aplicó Dibujo de la Figura Humana, Persona bajo la lluvia y Test de la familia. Los focos de intervención* estuvieron dirigidos a disminuir la violencia que hay en casa y a mejorar la comunicación de la menor con su madre.	9 de evaluación (se incluye sesión de entrevista inicial) y 4 de tratamiento Período del 18/11/2014 al 21/04/2015	Se realizó cierre y fue Canalizada a Grupo para adolescentes dentro del CCAP "Los Volcanes"

Nota: Es importante mencionar que el caso número 6*, los focos de intervención** fueron establecidos a partir del motivo de consulta encontrado por la psicóloga, ya que la menor no refirió tener ningún motivo de consulta propio. Sin embargo, durante la entrevista inicial, la madre refirió que su hija estaba autolesionándose y la menor refirió que en sexto de primaria se cortó con una navaja "para ver que se sentía" (sic.). Durante la evaluación y el tratamiento, no se indagó más acerca de la autolesión y la menor tampoco volvió a referirlo.

A partir del cuestionario de admisión, los motivos de consulta de los 6 consultantes que atendí, fueron los siguientes:

1. *"Mis papás están preocupados por mí. Tuve un problema de depresión, se los conté y ellos se asustaron y enojaron mucho"* (sic).
2. *"Me corté mi brazo izquierdo con una navaja. Me enojé con mis papás y me corté mi brazo por desesperación, enojo y tristeza"* (sic).
3. *"Porque me corto. Porque mis papás pelean y porque un niño que me gusta me pidió que fuéramos amigos"* (sic).
4. *"Tengo todos los días enojo y tristeza no me siento feliz y vivo haciéndome daño. Cuando estoy enojada no hablo con nadie, si estoy triste corto mis brazos y piernas. Algunas veces he tomado pastillas y normalmente siempre estoy así"* (sic).
5. *"Problemas familiares y estar solo la mayor parte del tiempo. Cuando era pequeño (7 años) sentía que no tenía mamá porque todo el día estaba viendo la telenovela y si le decía algo como que si quería jugar no!!! Se enojaba y pues me empecé a cotizar"* (sic).
6. *"Porque no tengo un buen desempeño académico. No entro a mis clases, le faltó al respeto a los maestros"* (sic).

Con base en esta información, es posible apreciar que sólo dos de los consultantes refieren como motivo de consulta presentar conducta autolesiva y que el resto refiere tener problemas familiares, bajo desempeño académico y sentimientos negativos. Mediante la entrevista inicial fue posible recabar información referente a la presencia de conducta autolesiva en los 6 consultantes. Los datos obtenidos se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 10.

Información obtenida mediante la entrevista inicial.

Caso	Método u objeto utilizado	# de Episodios	Factores o situaciones desencadenantes	Emociones, sentimientos y pensamientos antes, durante o después de la conducta autolesiva
1	Navaja de rasurar	1	-Peleas entre sus padres	Antes: irritabilidad y sentirse deprimida.
2	Navaja [suiza]	3	-Peleas entre sus padres -Cuando la castigan o regañan -Cuando discute con otros	Antes: enojo, tristeza Después: Tranquilidad, relajación.
3	Navaja de sacapuntas	2	-Peleas entre sus padres -Porque el niño que le gusta le dijo que solamente fueran amigos. -Porque sus 2 amigas también se cortan.	Antes: tristeza Después: sensación de que sus problemas habían desaparecido. También arrepentimiento por haberse cortado.
4	Tijeras, navaja de sacapuntas, arete, alfiler, aguja y dientes.	Varios desde hace 4 años	-Cuando se siente triste	Antes: enojo, tristeza, frustración. Se detectó ideación suicida.
5	Navaja de Rasurar	2 hace un año	-Porque se sentía solo -Por no sentirse querido por su mamá -Por peleas entre sus padres.	Antes: "dolor psicológico" (sic).
6	Navaja sacapuntas	1 hace 3 años	-"Para ver qué se sentía" (sic)	Después: desagrado

En la tabla anterior se puede observar que el objeto más empleado para causarse autolesiones (cortes en la piel), son los objetos punzocortantes, en específico, la navaja del sacapuntas es la más utilizada, lo cual coincide con los resultados encontrados en algunos estudios (ver Albores-Gallo et al., 2014; González-Forteza, Romero-Basaldúa y Jiménez-Tapia, 2009). Asimismo, refieren afectos negativos precedentes a la conducta autolesiva como enojo, tristeza y sentir soledad, y como factores o situaciones desencadenantes, refieren las peleas entre los padres, dificultades en la relación con otros, poca tolerancia ante la frustración, las mismas emociones enojo y tristeza.

Después de haber presentado los resultados de los seis casos detectados mediante el Modelo Clínico de Admisión, mencionaré los resultados obtenidos de las demás actividades que también realicé como prestadora de servicio social.

Revisión de los expedientes clínicos a partir del año 2013 al 2014

En total revisamos 280 expedientes y a cada supervisor le entregamos el reporte correspondiente de aquellos casos que estaban bajo su supervisión para que ellos les comunicaran a sus alumnos si les faltaba algún tipo de información y pudieran completarlos y actualizarlos.

Esta actividad no solo favoreció que los expedientes estuvieran completos y actualizados, también facilitó que otros compañeros pudieran acceder a la información de cada expediente y tener claridad sobre lo que se trabajó anteriormente con un paciente, los avances que se obtuvieron, si concluyó el proceso o dejó de asistir, entre otros, lo cual a su vez también facilita la recopilación de datos para fines de investigación.

Impartición de un taller psicoeducativo y de intervención preventiva y remedial

A partir de la comunicación y confianza establecida con los alumnos, fue posible detectar la presencia de violencia en esferas como la escolar, familiar, social y no sólo en su relación de noviazgo. Asimismo, a partir de que contaron con la información sobre los tipos de violencia, algunos participantes identificaron en sus relaciones de noviazgo, la presencia de algún tipo de violencia. También, fue posible identificar otros factores de riesgo en esta población que dan pie a que se lleven a cabo más talleres o programas preventivos. De acuerdo con el análisis cualitativo de cada una de las actividades realizadas, las mujeres fueron las que tuvieron una participación más activa para expresar sus opiniones y sus emociones, en comparación con los varones, lo cual también debe ser tomado en cuenta para la planificación de actividades en los talleres.

Promoción y difusión del CCAP "Los Volcanes"

Estas actividades han dado a conocer el trabajo que se realiza en este centro y en la comunidad, así como los programas de formación a los que pueden acceder los estudiantes de psicología mediante los cuales pueden realizar prácticas profesionales o trabajo de investigación. Asimismo, el centro ha logrado posicionarse como un lugar que ofrece atención psicológica de calidad y muchas de las personas que solicitan atención refieren conocer del centro porque se lo recomendó alguien que fue paciente, buscó en internet o en la página de la facultad.

Participación en el grupo de prácticas en escenarios especializados

Durante los dos semestres que me integré a este grupo, tuve la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos sobre psicopatología que adquirí durante mis estudios, pero particularmente fue un espacio que me permitió adquirir nuevos conocimientos e integrarlos con los que ya contaba. Los seminarios que presentamos sobre suicidio y autolesiones, generaron en mí el interés por investigar más sobre la conducta autolesiva, la importancia de su detección y los tipos de intervención que existen para tratarla.

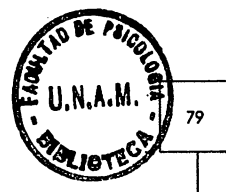
Resultados en cuanto a la formación profesional obtenida como prestadora de servicio social

Haber sido prestadora de servicio social me permitió adquirir nuevos conocimientos y fortalecer aquellos que aprendí a lo largo de mi trayectoria como estudiante. Puedo decir que aprendí desde cómo debe estar conformado e integrado un expediente hasta iniciar mi formación como terapeuta. Principalmente, haber participado en el diseño, planeación y atención de los consultantes a través de un Nuevo Modelo Clínico de Admisión, me permitió desarrollar y adquirir nuevas habilidades y competencias como:

- Tener la oportunidad de realizar entrevistas clínicas con diferente población (niños, adolescentes, adultos y parejas) me permitió poner en práctica los conocimientos teóricos sobre entrevista que adquirí en mi formación como

estudiante, asimismo, mediante los errores que llegué a cometer y con la retroalimentación que siempre recibía de las supervisoras y de mis compañeros, logré mejorar mi técnica para entrevistar y poder realizar las preguntas adecuadas que me permitieran identificar y comprender el motivo de consulta, no sólo el manifiesto sino también el que se encuentra latente. Asimismo, mediante la práctica, logré adquirir más habilidades para identificar elementos de diagnóstico clínico, dinámico y nosológico que me permitieran establecer propuestas de intervención y un pronóstico. Aprendí que la entrevista inicial es una técnica que no sólo sirve para recabar datos, sino que es un medio para hacer una detección oportuna de aquellas personas que se encuentran en situaciones de riesgo como: suicidio, adicción, abuso sexual, entre otros. Las distintas problemáticas y situaciones me demandaron aprender a hacer intervención en crisis, a aprender y a enseñar técnicas de respiración y de relajación.

- Mediante la práctica logré desarrollar una escucha activa y reflexiva, una observación clínica del consultante, así mismo, logré desarrollar habilidades para una comunicarme de manera clara, comprensible y adecuada con los consultantes y con los pacientes que tuve oportunidad de atender en terapia. Desarrollé mayor capacidad de abstracción, análisis y síntesis de la información obtenida de las entrevistas clínicas para la elaboración de mis notas clínicas.
- Participar en el comité de evaluación, escuchando los análisis, sugerencias y comentarios de otros compañeros y de las supervisoras, me permitió adquirir más conocimientos conceptuales, poder formular una impresión diagnóstica, y aprender sobre estrategias y alternativas de atención para los consultantes.



De igual manera el desarrollo del servicio social me permitió aplicar los conocimientos teórico-metodológicos en la planeación e implementación de Talleres así como el manejo de grupos y el uso de tecnologías y estrategias de enseñanza para favorecer que los alumnos logaran un aprendizaje significativo.

También, aprendí a realizar y redactar documentos para canalizaciones y referencias institucionales, a integrar expedientes y tuve la experiencia de poder comunicarme profesionalmente con otra psicóloga de FES Zaragoza para el seguimiento de un caso.

Iniciarme como co-terapeuta, me dio la oportunidad de emplear los conocimientos que adquirí sobre evaluación, aplicación, calificación e interpretación de pruebas psicológicas e integración de informes psicológicos. Asimismo, trabajar como co-terapeuta me permitió aprender de otros psicólogos con más experiencia, así como la importancia de la retroalimentación mutua pero principalmente, que no deja de ser un trabajo en equipo y una relación donde es primordial la comunicación y el respeto.

A nivel personal, aprendí sobre la importancia de trabajar en equipo, a ser más tolerante y mantener siempre un respeto por el trabajo de los demás y sobre sus puntos de vista. El trabajo como terapeuta implica la responsabilidad de que nosotros como psicólogos, también tengamos un proceso terapéutico y por supuesto que esto me ha permitido un mayor conocimiento de mí, pero también me ha permitido mirar desde un punto más objetivo y respetuoso a los pacientes.

CAPÍTULO 5. Recomendaciones y sugerencias

Como resultado de lo revisado en otros estudios y trabajos, se plantean algunas sugerencias de prevención y de intervención:

A partir de mi experiencia y de lo señalado en literatura, recomiendo a otros psicólogos que cuando se trabaje con adolescentes, siempre se evalué y se indague si hay presencia de conducta autolesiva, de pensamientos de muerte, ideación suicida, amenazas o anteriores intentos de suicidio, ya que es la población que ha sido identificada en mayor riesgo de presentar autolesiones y conducta suicida, por lo que su detección permitirá llevar a cabo acciones de prevención, evitar que la conducta se vuelva crónica conforme se incrementa la edad (por ejemplo Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011) incluso, para disminuir suicidio se deben considerar los factores asociados a éste y a la ideación suicida, los cuales pueden ser personales, familiares, escolares, sociales e incluso culturales (por ejemplo, Pérez-Amezcu, et al. 2010).

En cuanto a prevención varios autores coinciden en la importancia de identificar factores de riesgo en la población adolescente (por ejemplo, Chávez-Hernández, Medina & Macías-García, 2008; Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011) para prevenir el suicidio así como afecciones físicas o el desarrollo de otros trastornos psicológicos en la vida adulta.

La escuela, es el lugar donde generalmente se identifica a los estudiantes con autolesiones o con otras conductas de riesgo, ya sean los maestros, orientadores o los mismos compañeros, son los que primeros en darse cuenta. Por ello, es de gran importancia que en las escuelas se implementen programas de salud mental, para trabajar la promoción de la salud, la prevención universal y efectuar una intervención oportuna y adecuada y poder evitar el suicidio.

Debido a la alta prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de escuelas públicas de México, Pérez-Amezcu, et al. (2010) sugieren que se realicen tamizajes dentro de las escuelas, para identificar a los estudiantes que están en

mayor riesgo de cometer suicidio, y darles la atención necesaria oportunamente, con lo que se puede abordar e incluso prevenir esta problemática.

Respecto a la importancia de identificar a adolescentes con riesgo de suicidio para diseñar programas de intervención, Arenas y Lucio (2011) implementaron y evaluaron la eficacia de un programa de intervención basado en la escuela con 1,021 adolescentes de una secundaria pública en la Ciudad de México, el 43% eran hombres y el 57% eran mujeres con una edad media de 15,8 años, a los cuales, se les aplicó el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS). Se identificaron y seleccionaron a 102 estudiantes que presentaron riesgo de suicidio de los cuales, 60 fueron invitados a participar en el grupo. Los propósitos del programa fueron: en primer lugar, discutir e identificar los problemas del alumno en tres temas principales: a) la sexualidad, b) el consumo de sustancias, y c) la angustia emocional relacionado con el riesgo de suicidio; en segundo lugar, aumentar los recursos de los adolescentes mediante la enseñanza y promoción de habilidades de afrontamiento.

Este programa de intervención ofrece algunos aspectos que se deben considerar al trabajar con los adolescentes identificados con riesgo suicida, asimismo, Arenas y Lucio (2011) consideran que para prevenir el suicidio, se debe tratar de manera directa la angustia emocional y la conducta suicida, así también, responder inmediatamente a las necesidades de los adolescentes.

También se considera necesario el proporcionar a los adolescentes herramientas que faciliten la toma de decisiones que impacten positivamente en su desarrollo, por ejemplo para disminuir el consumo de sustancias adictivas o para decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales (Pérez-Amezcu, et al., 2010). Otra posible intervención psicológica podría dirigirse a dotar a estos chicos y chicas de recursos para manejar su angustia y capacitarles para afrontar de forma más saludable las situaciones de conflicto (Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011).

Arenas y Lucio (2011) consideran que un programa de salud mental en las escuelas, puede proporcionar grandes beneficios como un mayor acceso a los servicios de salud, mayores oportunidades para la prevención así como favorecer el acceso a

servicios especializados, no obstante, señalan la presencia de dificultades en la implementación de estos programas escolares que deben ser considerados como que se acople al horario escolar y que el personal escolar colabore con el personal de salud.

Al trabajar en el contexto escolar, es importante que el personal de salud cuente con la colaboración de la institución escolar, para ello es necesario brindar también psicoeducación con la finalidad de sensibilizar a maestros, orientadores y demás personal, para que cuenten con las habilidades para el manejo y trato de los estudiantes identificados con conducta autolesiva, riesgo suicida o que presentan otras conductas de riesgo.

Asimismo, al ser los mismos estudiantes quienes se enteran que otro compañero o amigo se autolesiona o ha llevado a cabo otras conductas de riesgo suicida, se considera necesario brindar psicoeducación a los estudiantes con la finalidad de que puedan brindar apoyo y participen en la prevención del suicidio. Por ejemplo, en México, Chávez-Hernández, Medina y Macías-García (2008) emplearon el modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio, mediante un taller titulado "Salvando Vidas", dirigido a estudiantes de nivel media superior del estado de Guanajuato. El taller tuvo una duración de diez horas divididas en cinco sesiones, enfocándose en los factores de riesgo y factores de protección identificados anteriormente en la población mediante otros estudios. A lo largo del taller se abordaron temas como: mitos y realidades, estadísticas oficiales internacionales, nacionales y estatales sobre el comportamiento suicida, factores de riesgo y protección del suicidio, detección y abordaje inicial de personas en riesgo suicida, asimismo, se contemplaron las necesidades y posibilidades de ayudar del "Guardián Informado" como una forma de promover en ellos el autocuidado. Al terminar el taller, los asistentes fueron reconocidos como "Guardianes Informados". De esta manera, los autores resaltan que la prevención del suicidio no sólo es responsabilidad de las instituciones de salud, sino que se trata de una responsabilidad en la que los individuos y en conjunto la sociedad, deben y pueden participar, pero por ello es necesario brindar información y sensibilizar a las personas para que sepan no solo identificar las señales de riesgo

de suicidio, sino para que sepan cómo actuar hasta que la persona sea asistida por profesionales.

Se han mencionado algunos trabajos de prevención e intervención, realizados en México, los cuales espero hayan ampliado el panorama a psicólogos, instituciones y demás profesionales de la salud sobre qué hacer para prevenir y cómo intervenir ante la problemática de la conducta autolesiva. Queda claro que se trata de una situación compleja que implica interés y compromiso por parte de los profesionales, sin embargo, se trata de un problema de salud pública, por tanto, es necesario que políticamente se lleven a cabo acciones para prevenir las muertes por suicidio y para reducir la prevalencia de personas con conductas de riesgo suicida, así también, para contar con los recursos necesarios que permitan implementar programas de promoción de la salud, prevención y de intervención. De igual manera, las instituciones de salud pueden participar no sólo con campañas y capacitando al personal de salud, sino también, facilitando los servicios de interconsulta. El CCAP "Los Volcanes" brinda sus servicios a la comunidad con fines de prevención y de intervención, sin embargo los esfuerzos no son suficientes cuando no se cuentan con los recursos materiales y humanos necesarios para brindar atención, además de que tampoco se cuenta con interconsulta en otras Instituciones especializadas que faciliten la derivación y atención complementaria de los pacientes.

Propuestas para la mejora del Programa de Servicio Social

Si bien el servicio social implica poner en práctica los conocimientos adquiridos en nuestra formación como estudiantes, durante la prestación también se adquieren nuevos conocimientos y habilidades profesionales y, puesto que considero que no es posible saberlo todo y que aun concluyendo los estudios tenemos huecos de conocimiento, este programa de servicio social y las necesidades de atención, me demandaron que siguiera investigando y leyendo para contar con más habilidades teóricas y conceptuales. Algunas veces se nos sugerían lecturas durante las supervisiones grupales, pero particularmente, la experiencia de haber participado en el grupo de prácticas en escenarios especializados me proporcionó más conocimientos conceptuales sobre patología, sobre evaluación y sobre la técnica de

la entrevista, asimismo, los seminarios que preparamos y presentamos dentro del mismo grupo generaron en mí el interés por investigar más sobre la conducta autolesiva. Sé que no se trata de que se nos enseñe todo lo que no aprendimos durante la carrera, pero es evidente que tenemos huecos de conocimiento o que necesitamos fortalecer aquellos con los que ya contamos y este programa de servicio social exige conocimientos teóricos y prácticos sobre la técnica de la entrevista, la evaluación mediante el examen mental, conocimientos sobre patología y psicodiagnóstico, entre otros, por lo que creo que sería de gran apoyo que se busque un espacio para realizar seminarios en los cuales, los mismos prestadores seamos los responsables de impartirlos, de modo que los estudiantes se encarguen de investigar, revisar y presentar la información, bajo la supervisión y contribución de las supervisoras. A los prestadores de servicio social se nos asignan diferentes supervisoras y el modo de trabajo de cada una puede ser un poco distinto, pero puede funcionar que cada supervisora se encargue de dirigir los seminarios con los prestadores bajo su cargo o bien, que se busque un mismo momento y espacio para los seminarios dirigidos por alguna de las supervisoras.

Por otro lado, el programa de servicio social implica un trabajo cercano con la comunidad y este acercamiento es lo que nos permite conocer las necesidades de la población para que a partir de ello podamos diseñar programas de prevención y de atención. En el centro se desarrollan grupos para padres, para adolescentes, pero muchas veces dejan de asistir o definitivamente nunca acuden. A partir de mi experiencia en la impartición de un taller sobre prevención de violencia, en una secundaria cercana a la zona de Volcanes, creo que se puede tener mayor acceso y contacto con la comunidad y mayor conocimiento sobre sus necesidades y problemáticas, si nosotros buscamos tener mayor acercamiento con ellos. Por tanto, considero que el diseñar e impartir talleres y grupos, por ejemplo en las escuelas, que puedan estar dirigidos no solo a los alumnos, sino también a los padres y a los maestros, permitirá al prestador de servicio social no sólo poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas durante la licenciatura, sino también adquirir una mayor conciencia de los problemas que presenta la comunidad a la que ofrecerá sus servicios y con la que trabajará conjuntamente.

CONCLUSIONES

A partir de lo que se revisó en este trabajo, el papel del psicólogo clínico dentro de un contexto comunitario es el de trabajar en conjunto con la comunidad, favoreciendo que la misma población sea la que identifique sus necesidades y problemáticas así como sus soluciones. También, se habló de la psicología comunitaria, rama de la psicología que mediante una visión holística, busca potenciar los recursos (internos y externos) con los que cuentan los miembros de una comunidad para que los empleen en la búsqueda de soluciones a los problemas presentes en su contexto. Esta disciplina se interesa más por prevenir que por intervenir, de esta manera, busca fomentar y promover factores protectores dentro de la comunidad, como el apoyo social, el cual resulta significativo para el afrontamiento de los problemas y para el funcionamiento de cada uno de los miembros que conforman una comunidad.

Desde el marco de la psicología clínica, la psicología comunitaria cuenta con tres principales modelos: Modelo de salud Mental, Modelo de Estrés Psicosocial y el Modelo Conductual Comunitario, los cuales la dotan de un soporte teórico a partir del cual pueda analizar y comprender los problemas en las comunidades. Sin embargo, estos tres modelos están más orientados a la intervención que en la prevención, de manera que no cumplen con los supuestos de la psicología comunitaria de centrarse en sistemas sociales amplios y no en pequeños grupos o en individuos, para el análisis y comprensión de los problemas sociales. En comparación con otros países donde se destinan altísimos presupuestos en prevención o que disponen de gran número de personal profesional en el área de salud mental (Calderón, 1984), México es un país en el que aún no se invierte tanto en el desarrollo de programas preventivos y hay muy poco personal profesional que se dedique a esto y a la promoción de factores protectores.

Asimismo, se puntualizaron algunas técnicas de evaluación que emplea el psicólogo clínico, como la entrevista inicial para poder recabar información que le permita la detección y comprensión de los problemas de las personas que atiende dentro de un contexto comunitario, asimismo se revisaron algunas concepciones sobre evaluación, psicodiagnóstico y valoración, acciones que también realiza el psicólogo, para poder

tomar decisiones sobre cómo intervenir en las problemáticas de las personas que solicitan su servicio.

De acuerdo con lo revisado en la literatura, la evaluación incluye el psicodiagnóstico y la valoración. Implica el empleo de test que permitan la medición de un rasgo, comportamiento, entre otros, así como el uso de métodos cualitativos tales como la observación, la entrevista, entre otros, para obtener información suficiente a partir de la cual poder describir y comprender el comportamiento y detectar otras problemáticas no referidas por el consultante. Mediante el psicodiagnóstico es posible clasificar un comportamiento en alguna entidad nosológica y la valoración, a partir de la información recabada mediante la evaluación y psicodiagnóstico, le permite al psicólogo proponer alternativas de tratamiento y hacer un pronóstico sobre el comportamiento o situación..

Por otro lado, se planteó la importancia de abordar la conducta autolesiva partiendo de la definición de autolesión y encontrando que los autores coinciden en que se trata de una conducta que se caracteriza por la intencionalidad de hacerse daño a sí mismo, en la que no hay "intencionalidad de morir". Sin embargo, las definiciones difieren respecto al método ya que algunos sólo consideran las lesiones de cortes en la piel mientras que otros consideran conductas como beber en exceso, rascarse la piel, mutilarse, entre otras, lo cual genera un problema para su tratamiento.

La autolesión también ha sido abordada desde muchas perspectivas, por lo que, los focos u objetivos terapéuticos dependen en gran medida del marco teórico a partir del cual es estudiada. Generalmente se diagnostica y se trata como parte de otros cuadros clínicos o patologías, por lo que casi no ha sido estudiada como una sola entidad. Recientemente, la Asociación Americana de Psiquiatría ha incluido en el DSM-5 (2014), la *autolesión sin intencionalidad suicida* como un trastorno independiente de otros trastornos, en el apartado de "Afecciones que necesitan más estudio", anteriormente, en el DSM-4, aún se incluía la autolesión como un criterio diagnóstico de otros trastornos (por ejemplo, trastorno autista, trastorno de movimientos estereotipados, trastornos facticios, trastorno límite de la personalidad, entre otros). Estas diferencias conceptuales y de diagnóstico parecen

ser resultado de la necesidad de comprender la autolesión como una problemática independiente de otros trastornos.

Los tratamientos empleados para la autolesión, generalmente están basados en terapias que se utilizan para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad, en el cual puede presentarse la conducta autolesiva. La Terapia Dialéctica Conductual es la que ha mostrado mayor evidencia sobre la efectividad para disminuir la frecuencia de la conducta autolesiva y para mejorar la autorregulación de emociones para lo cual se emplean registros sobre las emociones que experimenta la persona y las situaciones en que se generan.

Las terapias con enfoque psicodinámico también son muy empleadas pero no tienen tanta evidencia empírica, sin embargo, el que la conducta autolesiva sea abordada desde este enfoque, le puede permitir al psicólogo comprender aquello, que como McDougall (1995) señala, el paciente no puede poner en palabras, descubrir el significado de aquello que la persona simboliza y representa mediante la autolesión.

Si bien la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 2003) empíricamente ha demostrado buenos resultados por la combinación de la terapia individual para aprender a regular las propias emociones y el trabajo grupal para aprender sobre habilidades sociales, considero que también es muy importante el que la persona pueda identificar y expresar sus emociones y sentimientos, aquellos que reprime o que le cuesta trabajo expresar. En este sentido, la Terapia Gestalt, aunque no se considera como un tratamiento específico para tratar las autolesiones, puede ofrecer grandes beneficios para que la persona logre no solo una mayor regulación orgánica, sino que logre mayor conciencia sobre sus propias sensaciones, sentimientos, emociones, pensamientos, necesidades lo cual le permitirá también obtener un mayor sentido de sí mismo. De esta manera, considero que podrían obtenerse buenos resultados si para el tratamiento de la conducta autolesiva, se dejara de tratar sólo como una conducta, buscando disminuir su frecuencia, y que se ponga mayor atención a todas las emociones, pensamientos, sentimientos, aquello que no se puede expresar si no es mediante el daño cometido hacia uno mismo, y tratarla desde un enfoque más integrativo, para lo cual los focos y objetivos

terapéuticos deben quedar bien establecidos, partiendo también de las necesidades y demandas del paciente y sin cerrarse a sólo disminuir o erradicar la conducta, dejando de atender otros aspectos subyacentes.

Respecto a saber si la persona tiene o no el deseo de suicidarse mediante la autolesión, retomo lo señalado por Walsh (2010) sobre la importancia de la intencionalidad del acto, es decir, si sólo se emplea para aliviar afectos negativos y si después de hacerlo, la persona experimenta una "mejoría" o, por otro lado, si el acto se lleva a cabo a partir del deseo de terminar con la propia conciencia, sin embargo, creo que el simple de hecho de que la persona exprese el deseo de morir debe ser considerado para tomar medidas y evitar el suicidio.

Aunque el suicidio y la conducta autolesiva sean conceptualmente distintos, la autolesión es considerada un factor de riesgo para cometer suicidio (Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011) por tanto es importante contar con medios para su identificación y de esta manera intervenir oportunamente y prevenir la conducta suicida. Para ello, existen cédulas, inventarios o escalas, entrevistas estructuradas que funcionan para evaluar la salud mental del individuo. Asimismo, el psicólogo clínico cuenta con recursos más próximos de su alcance como la entrevista clínica para la evaluación de la conducta autolesiva.

Referencias

- Albore-Gallo, L., Méndez-Santos, J., García, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C., & Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (4), 159-168. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.)*. España: Editorial médica panamericana
- Arenas, P., & Lucio, E. (2011). A school-based program for adolescents at risk of suicide. En Petra Buchwald, Kathleen A. Moore & Tobias Ringeisen (Eds.), *Stress and Anxiety. Application to Education and Health* (pp. 37-44). Berlin: Logos Verlag.
- Bernstein, D., & Nietzel, M. (1994). *Introducción a la psicología clínica* (pp.168-173). México: Mc Graw-Hill.
- Bleger, J. (1981). *La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación* (pp. 9-13). Argentina: Nueva Visión SAIC.
- Buelga, S., & Musitu, G. (2009). Orientaciones clínico-comunitarias. En Buelga, S., Musitu, G., et al. *Psicología social comunitaria* (pp. 55-76). México: Trillas.
- Calderón, G. (1984). *Salud mental comunitaria, un nuevo enfoque de la psiquiatría*. México: Trillas.
- Cantera, L. (2004). Psicología comunitaria de la salud. En: Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. & Montenegro, M., *Introducción a la psicología comunitaria* (p.73). España: UOC.
- Caplan, G. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*. España: Paidós. (p. 43).

- Caplan, G. (1993). *Psicología orientada a la población: teoría y práctica*. En: Navarro, J., Bustamante, F.J. & Vaquero, E., (Eds.), *Aspectos preventivos en salud mental* (pp. 19-21). Barcelona: Paidós.
- Castro, J. (2013). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77 (4), 226-235
Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n4/a05v77n4.pdf>
- Chacón, F., & García, M. (1998). Modelos teóricos en psicología comunitaria. En Martín, A., *Psicología comunitaria*. España: Síntesis. (p. 34).
- Chávez-Hernández, A., Medina, M., & Macías-García, L. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31, 197-203.
- Cormier, W., & Cormier L. (2000). Definición de los problemas del cliente mediante una entrevista de evaluación. En: *Estrategias de entrevistas para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales* (pp.237-242). Bilbao: Desclee de Brower.
- Cuevas, C., & López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 97-114. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num1/320/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf>
- Dana, R. (1996). *Teoría y práctica de la psicología clínica*. Argentina: Paidós.
- Díaz, I. (1994). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Pax.
- Dirección General de Orientación y Servicios Educativos (DGOSE) (2015).
Recuperado de <http://www.dgose.unam.mx>
- Durand, M., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson Editores.

- Etchegoyen, R. H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (3ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Favazza, A. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11 (3), 21-26. Recuperado de http://www.currentpsychiatry.com/fileadmin/cp_archive/pdf/1103/1103CP_Favazza.pdf
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. España: Pirámide.
- Fisch, R.; Weakland, J.H., & Segal, L. (1984). La entrevista inicial. En: Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L., *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia* (p.89). Barcelona: Herder.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 63 (4), 411-430.
- Garaigordobil, M. (1998). *Evaluación Psicológica: Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*. España: Amarú.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social comunitaria. En: Fernández, I.; Morales, J.F. & Molero, F. (Eds.), *Psicología de la Intervención Comunitaria* (pp129 -165). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González-Forteza, C., Romero-Basaldúa, L., & Jiménez-Tapia, A. (2009). Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (suplemento 1), 41-46. Recuperado de http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=category&layout=blog&id=289&Itemid=599&limitstart=6
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad, guía clínica*. España: Psiquiatría editores.

- Heredia, C., Santaella, G., & Somarriba, L. (2012). *Informe Psicológico* (Textos de Apoyo Didáctico). México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). *Suicidios por grupo de edad y sexo*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio23&s=est&c=22659>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019661005>
- Kernberg, O., & Foelsch, P. (2011). Modelo de la Psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 51, 7-40. Recuperado de <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/modelo-psicoterapia-transferencia-modificacion-adolescentes.pdf>
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (4), 226-235.
- Klonsky, E.D., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 63 (11), 1045-1056.

- Klonsky, E.D. (2010). Funciones de las lesiones autoinfligidas en adultos jóvenes que se cortan: clarificación de las evidencias para la regulación del afecto. *Psiquiatría Biológica*, 17 (2), 63-70. Recuperado <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46>.
- Levy, K.N., Yeomans, F.E., & Diamond, D. (2007). Psychodynamic Treatments of Self-Injury. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 63 (11), 1105-1120.
- Linehan, M. (2003). *Manual de Tratamiento de los trastornos de personalidad Límite*. España: Paidós.
- López, D. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. México: Editores de textos Mexicanos.
- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan* (Tesis de Doctorado en Psicología). Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Materazzi, M. (1991). *Salud Mental. Una propuesta de prevención permanente*. Argentina: Paidós.
- McDougall, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. España: Julián Yébenes. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/202830935/1-McDougall-Joyce-Teatros-Del-Cuerpo>
- Meza, D. (2010). *Autolesión sin intencionalidad suicida: el afrontamiento del dolor emocional a través de las heridas* (Tesina de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Montenegro, M. (2004). Comunidad y bienestar social. En: Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. & Montenegro, M. (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria* (p.43). España: UOC.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. España: Pléyades.
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (Eds.) (1994), *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontier for preventive Intervention Research*. Whashington: National Academy

Press. pp. 20-21. Recuperado de
http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=2139&page=R1

Musitu, G. (2004). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Comunitaria. En: Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. & Montenegro, M., *Introducción a la psicología comunitaria* (p.18). España: UOC.

Nock, M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363
Recuperado de
<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. [Informe compendiado]. Ginebra: OMS. Recuperado de
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. *Documentos básicos* [suplemento de la 45ª ed.].
Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños*. Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Tratamiento de las lesiones autoinfligidas y el suicidio*. Recuperado de
http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/es/

Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la república

- mexicana. *Salud Pública de México*, 52 (4), 324-333. Roa, A. (1995). Bases teóricas y conceptuales de la evaluación en psicología clínica. En: Roa, A. (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 25-31) Madrid: CEPE.
- Roa, A. (1995). Bases teóricas y conceptuales de la evaluación en psicología clínica. En: Roa, A. (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 25-31) Madrid: CEPE.
- San Martín, H., & Pastor, V. (1998). *Salud comunitaria, teoría y práctica* (2ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.
- Sanz, F. (2004). Del mal trato al buen trato. En: Ruiz-Jarabo Quemado, C. y Blanco, P. (Eds.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. (pp. 1-13). España: Díaz de Santos. Recuperado de:
<https://books.google.com.mx/books?id=oj0i0kWkv94C&pg=PA1&lpg=PA1&dq=buen+trato+y+mal+trato+fin+sanz+pdf&source=bl&ots=RY->
- Sullivan, H. (1990). *La entrevista psiquiátrica*. (Traducc.) (p.26-30). México: Nueva Imagen.
- Trull, T., & Phares, E. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6ª ed.) (pp. 438-456). México: Thomson.
- Turner, B., Austin, S., & Chapman, A. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A systematic review of psychological and Pharmacological Interventions. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 59 (11), 576-585.
- Valenzuela, A. (2006). Programa general del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes". México, Facultad de Psicología UNAM.
- Valenzuela, A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. Tesis de Maestría. México, Facultad de Psicología UNAM.

Valenzuela, A. (2014). *Supervisión Clínica y formación en servicio en un Centro Comunitario de Atención Psicológica*. Ponencia en VII Congreso Internacional de Psicología Clínica. Sevilla, España.

Walsh, B. (2012). *Treating self-injury: A practical guide* (2ª ed.). New York: Guilford Press.

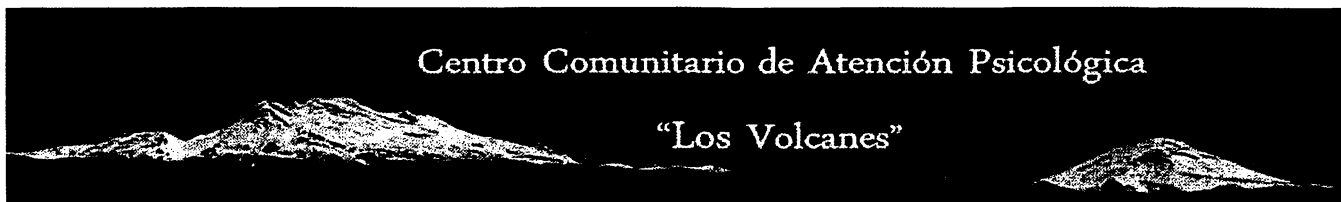
Weiner, I. (1992). *Métodos en psicología clínica* (pp. 17). México: Limusa.

Winchel, R. & Stanley, M. (1991). Self- Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (3), 306-317.

ANEXOS


Anexo 1. Formato para revisión de expedientes en el CCAP “Los Volcanes”

Contenido del Expediente	No. de Folio/ expediente						
	Período (mes/año)						
	Terapeuta						
	Supervisora						
	Situación actual del paciente						
	1. Hoja de admisión						
	2. Cuestionario de admisión						
	3. Consentimiento Informado (Adolescentes/Adultos)						
	4. Derechos y Responsabilidades de los usuarios.						
	5. Historia Clínica						
	6. Reportes de sesiones de evaluación.		Total				
			Asistió				
			No. de reportes				
	7. Reportes de sesiones de tratamiento.		Total				
			Asistió				
			No. de reportes				
	8. Pruebas aplicadas.						
	9. Interpretaciones.						
	Anexos						




Psicoterapia Infantil

Orientación Individual y Familiar

Evaluación y Diagnóstico

Ofrece servicios psicológicos de evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, al alcance de la población a través de atención clínica supervisada vinculada a la formación de recursos profesionales, desarrollando actividades relacionadas con prevención, intervención e investigación clínica comunitaria.

ATENCIÓN CLÍNICA COMUNITARIA NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

Prevención y Promoción de la salud




Terapia Familiar Y de Pareja

Psicoterapia Individual y Grupal



PROGRAMAS ACADÉMICOS

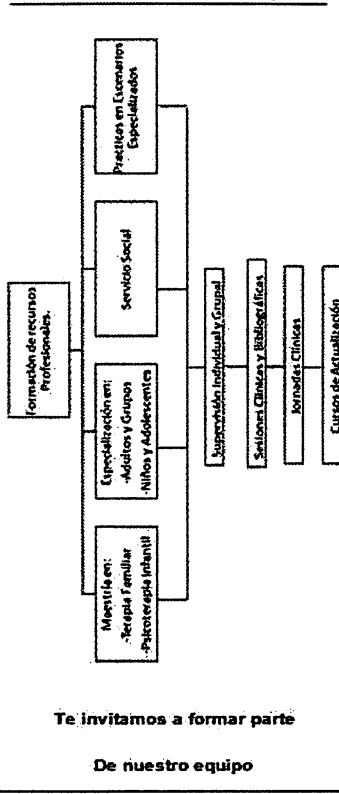
- **Maestrías**
 - Psicoterapia Infantil
 - Terapia familiar
- **Especialización**
 - Adultos y Grupos
 - Niños y Adolescentes
- **Servicio Social**
- **Prácticas en Escenarios**
- **Apoyo a la titulación**

Supervisión grupal



Ubicación: Calle Volcán Cofre de Perote, esquina Volcán Fujiyama s/n, Colonia Volcanes. Tlalpan, D.F.
Teléfono: 56559196

Anexo 3. Tríptico con información sobre el CCAP "Los Volcanes". (Actualizado por Jorge López Carmona, Yessica Tzaramari Muñoz González y Grisel Villaloz Carmona).



Directorio
Facultad de Psicología UNAM

Dr. Javier Nieto Gutiérrez
Director

Lic. Gabriel Vázquez Fernández
Secretario General

Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Coordinadora de los Centros de Servicios
y al Sector Social

Mtra. María Asunción Valenzuela Cota
Jefa del Centro Comunitario
de Atención Psicológica
"Los Volcanes"

Dirección: Volcán Cofre de Perote
Esquina Volcán Fujiyama s/n.
Col. Los Volcanes
Tlalpan, D.F.

Información y Citas
Teléfono: 56 55—91 98



FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad
Universitaria y al Sector Social

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

"LOS VOLCANES"

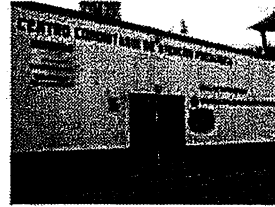
El Centro Comunitario de Atención psicológica "Los Volcanes" (CCAP), fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004. Surgió como parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de los Pueblos y Colonias del Sur, A.C.

El programa de trabajo fue desarrollado tomando en cuenta las funciones sustantivas de la Universidad, docencia, difusión de la cultura e investigación, así como la necesidad de cubrir los requerimientos de la atención clínica psicológica en población comunitaria al Sur del D.F.



¿Quiénes forman parte de este equipo?

Académicos de la Facultad de Psicología, estudiantes de servicio social, estudiantes de Maestría en psicoterapia infantil y terapia familiar, estudiantes del Programa Único de Especializaciones en Psicología (PUPEP) y prácticas en escenarios especializados. Todos participan en la búsqueda de soluciones a diversos problemas de salud mental, que afectan a los habitantes de la comunidad aledaña al Centro "Los Volcanes", a través de programas de formación de recursos para el trabajo comunitario.



Nuestra Visión:

Desarrollar un centro de atención psicológica que sirva como un espacio donde psicólogos capaces de realizar una labor profesional de alto nivel, que busquen elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad que les permita contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

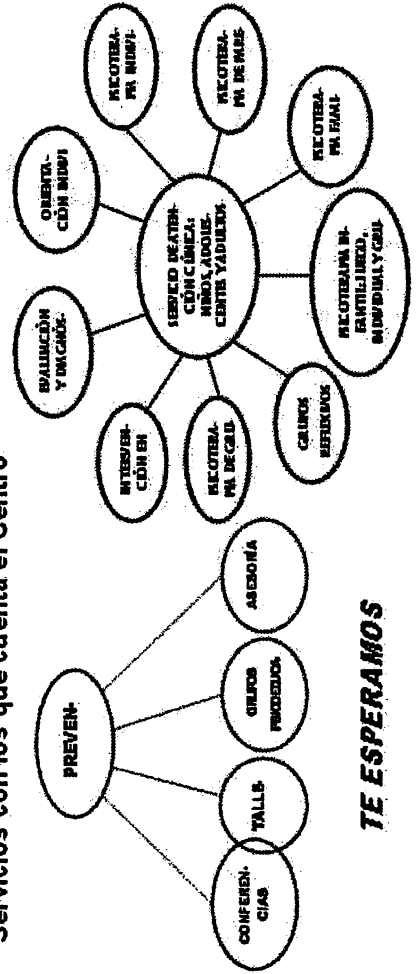
Nuestra Misión:

Ofrecer Servicios Psicológicos de calidad, al alcance de la población que acude al Centro Comunitario en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con la atención y solución de problemas, la educación para la salud y la investigación clínica comunitaria.

Nuestro Objetivo:

Contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de Psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, en el Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

Servicios con los que cuenta el Centro



Anexo 4. Cuestionario de admisión para adultos.



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"

SOLICITUD DE ADMISIÓN DE ADULTOS



No. Expediente: _____

Programa: _____

Aplicado por: _____

Observaciones: _____

Fecha de Aplicación: _____

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: () Hombre () Mujer Edad: _____ Estado Civil: _____

Dirección: Calle y Número: _____

Colonia: _____ Delegación: _____ C.P.: _____

Teléfono de Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: _____ Ocupación Actual: _____

Nivel máximo de Estudios (concluido): _____ ¿En qué área? _____

¿Trabaja actualmente?: (SI) (NO) ¿Dónde trabaja? _____

¿En qué consiste su trabajo? _____

¿Cuánto gana? \$ _____ Su ingreso es: () semanal () quincenal () mensual

¿Cuántas personas dependen económicamente de este ingreso? _____

Si no trabaja, ¿de quién depende económicamente? _____

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? _____

¿Cuántas personas dependen económicamente de éste ingreso? _____

Señale el ingreso total mensual en la familia:

() Menos de \$2,000 () \$2,000 a \$4,000 () \$4,000 a \$6,000 () \$6,000 a \$10,000 () Más de \$10,000

¿Cuenta con seguro médico? (SI) (NO) ¿Cuál? _____

Actualmente vive con: () Padre () Madre () Pareja () Hermanos/as () Hijos/as

() Otras personas, especifique: _____

De las personas que viven con usted, indique en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación

MOTIVO DE CONSULTA.

¿Cuál es su motivo de consulta? _____

Describa un poco más sobre esta situación:

¿Desde cuándo le ocurre esto? _____

¿Ha hecho algo para tratar de solucionarlo? (SÍ) (NO) Especifique: _____

¿Cuál es su idea del por qué le sucede esto?

¿Anteriormente ya le había pasado esto? (SI) (NO) ¿Qué hizo para solucionarlo?

¿De mayor a menor cuáles considera usted que son sus principales conflictos?

Cómo califica en general su problema:

() Muy leve () Leve () Moderado () Grave () Muy Grave

Cuando usted tiene tiempo libre en qué lo ocupa (pasa tiempos, actividades, etc.).

Indique con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando su vida, tomando como criterios:

0= Nada 10= Mucho

Área	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentimental (Pareja)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escolar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud Física	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Señale con una "X" el grado de relación que usted tiene con las siguientes personas, tomando como criterios:

0= Muy Mala 10= Muy Buena

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Padre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Madre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hermanos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hijos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amigos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compañeros/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vecinos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoridades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO)

¿Dónde? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

Especifique el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibió: _____

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

En caso afirmativo especifique el tipo de problema: _____

¿Desde cuándo? _____

¿De qué manera afecta a su vida este problema de salud? _____

Actualmente ¿está tomando algún medicamento? (SI) (NO) ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Quién lo recetó? _____

¿Está interesado en recibir atención Psicológica? (SI) (NO)

¿Por qué? _____

¿Qué acontecimiento (s) lo llevo a solicitar atención psicológica en este momento? _____

¿Qué espera al solicitar atención en este Centro? _____

¿Ya conocía el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"? (SI) (NO)

¿Cómo se enteró del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"?

¿Algún miembro de su familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"? _____

¿Cuál es su disponibilidad de horario entre semana? _____

¿Algún comentario que desee agregar? _____

GRACIAS

Anexo 5. Cuestionario de admisión para menores de edad.



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"
SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA MENORES DE EDAD



No. Expediente: _____

Programa: _____

Aplicado por: _____

Observaciones: _____

Fecha de Aplicación: _____

Nombre: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: () Hombre () Mujer Edad: _____ Estado Civil: _____

Dirección: Calle y Número: _____

Colonia: _____ Delegación: _____ C.P.: _____

Teléfono de Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: _____

Ocupación Actual: _____

Estudias: (Sí) (No) Nivel máximo de Estudios: _____

Institución/ Escuela donde estudias: _____

Grado o Semestre que cursas: _____

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? _____

¿De quién dependes económicamente? _____

¿En qué trabaja y cuánto gana la persona de quien dependes? _____

Señala el ingreso mensual promedio de tu familia: _____

() Menos de \$2,000 () \$2,000 a \$4,000 () \$4,000 a \$6,000 () \$6,000 a \$10,000 () más de \$10,000

Indica el nombre completo, edad y parentesco de quien se hace responsable de ti:

¿Con quién vives? _____

De las personas que viven contigo, indica en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación

¿Cómo consideras tu desempeño escolar? _____

¿Cuáles materias se te facilitan más? _____

¿Cuáles se te dificultan más? _____

¿Cómo consideras tu relación con tus compañeros? _____

Y la relación con tus maestros ¿cómo es? _____

MOTIVO DE CONSULTA.

¿Cuál es tu motivo de consulta? _____

Describe un poco más sobre esta situación:

¿Desde cuándo te ocurre esto? _____

¿Has hecho algo para tratar de solucionarlo? (Sí) (NO) Especifica: _____

¿Cuál es tu idea del por qué te sucede esto?

¿Anteriormente ya te había pasado esto? (SI) (NO) ¿Qué hiciste para solucionarlo? _____

¿De mayor a menor cuáles consideras que son sus principales conflictos? _____

Cómo calificas en general tu problema:

() Muy leve () Leve () Moderado () Grave () Muy Grave

Indica con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando tu vida, tomando como criterios:

0= Nada 10= Mucho

Área											
Familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentimental/ amorosa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escolar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Marca el grado de relación que tienes con las siguientes personas, tomando como criterios:

0= Muy Mala 10= Muy Buena

Padre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Madre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hermanos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Novio/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amigos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compañeros/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vecinos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoridades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Has recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO)

¿Dónde? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

Especifica el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibiste: _____

¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

En caso afirmativo especifica el tipo de problema: _____

¿Desde cuándo? _____

¿De qué manera afecta tu vida este problema de salud? _____

¿Tomas actualmente algún medicamento? (SI) (NO) ¿Cuál?

¿Desde cuándo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Quién lo recetó? _____

¿Te interesa recibir atención Psicológica? (SI) (NO)

¿Por qué? _____

¿Qué esperas al solicitar atención en este Centro? _____

¿Ya conocías el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"? (SI) (NO)

¿Cómo te enteraste del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”?

¿Algún miembro de tú familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”? _____

¿Algún comentario que quieras agregar? _____

GRACIAS

Anexo 6. Cuestionario de admisión para padres.



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"

SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA PADRES



No. Expediente: _____

Programa: _____

Aplicado por: _____

Observaciones: _____

Fecha de Aplicación: _____

Datos del padre o tutor:

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Sexo: () Hombre () Mujer Edad: _____ Estado Civil: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Dirección: Calle y Número: _____

Colonia: _____ Delegación: _____ C.P.: _____

Teléfono de Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: _____

Nivel máximo de Estudios (concluidos por completo): _____ ¿En qué área? _____

¿Trabaja actualmente?: (SI) (NO) ¿Dónde trabaja? _____

¿En qué consiste su trabajo? _____

¿Cuánto gana? \$ _____ Su ingreso es: () semanal () quincenal () mensual

¿Cuántas personas dependen económicamente de este ingreso? _____

Si no trabaja, ¿de quién depende económicamente? _____

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? _____

¿Cuántas personas dependen económicamente de éste ingreso? _____

Señale el ingreso total mensual en la familia:

() Menos de \$2,000 () \$2,000 a \$4,000 () \$4,000 a \$6,000 () \$6,000 a \$10,000 () Más de \$10,000

¿Cuenta con seguro médico? (SI) (NO) ¿Cuál? _____

Actualmente vive con: () Padre () Madre () Pareja () Hermanos/as () Hijos/as

() Otras personas, especifique: _____

Datos del menor para quien solicita la atención:

Nombre de la persona para quien solicita la atención:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Sexo: () Hombre () Mujer Edad: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Actualmente vive con: () Padre () Madre () Hermanos/as () Hijos/as

Otras personas: especifique _____

De las personas que viven con el menor de edad, indique en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación

Estudia: (SÍ) (NO) Nivel máximo de Estudios: _____

Institución/ Escuela donde estudia: _____

Grado o Semestre que cursa: _____

MOTIVO DE CONSULTA.

¿Cuál es el motivo de consulta? _____

Describe un poco más sobre esta situación:

¿Desde cuándo ocurre esto? _____

¿Ha hecho algo para tratar de solucionarlo? (SÍ) (NO) Especifique: _____

¿Anteriormente ya le había pasado esto? (SI) (NO) ¿Qué hizo para solucionarlo? _____

¿De mayor a menor cuáles considera usted que son sus principales conflictos? _____

¿Cuál es su idea del por qué le sucede esto?

Cómo califica en general su problema:

() Muy leve () Leve () Moderado () Grave () Muy Grave

Cuando el menor de edad tiene tiempo libre en qué lo ocupa (pasa tiempos, actividades, etc.):

Indique con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando la vida del/a menor, tomando como criterios:

0= Nada 10= Mucho

Área	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escolar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentimental/amorosa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud Física	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otros (especifique):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Marque el tipo de relación que el/la menor tiene con las siguientes personas tomando como referencia:

0= Muy Mala 10= Muy Buena

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Padre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Madre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hermanos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja (novio/as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amigos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compañeros/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vecinos/as	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoridades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO)

¿Dónde? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

Especifique el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibió: _____

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

En caso afirmativo especifique el tipo de problema: _____

¿Desde cuándo? _____

¿De qué manera afecta a su vida este problema de salud? _____

¿Toma actualmente algún medicamento? (SI) (NO) ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Quién lo recetó? _____

¿El/la menor está enterado/a de que se está solicitando atención Psicológica para él/ella? (SI) (NO)

¿El/la menor está interesado/a en recibir atención Psicológica? (SI) (NO)

¿Qué acontecimiento (s) lo llevo a solicitar atención psicológica en este momento para su hijo? _____

¿Qué espera USTED al solicitar atención en este Centro? _____

¿Ya conocía el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"? (SI) (NO)

¿Cómo se enteró del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"? _____

¿Algún miembro de su familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"? _____

¿Cuál es su disponibilidad de horario entre semana? _____

¿Algún comentario que quiera agregar? _____

GRACIAS

Anexo 7. Carta de Canalización

**CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
"LOS VOLCANES"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

A QUIEN CORRESPONDA

Por este conducto, me dirijo a usted solicitando la valoración y en su caso la posibilidad de atención para F. quien acudió al Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" a consulta de Admisión durante la misma se obtuvo lo siguiente: su actitud fue de cooperación y disposición a la entrevista dejando ver falta de control de impulsos principalmente de tipo agresivo, autolesiones en brazos, piernas, abdomen y una cicatriz de mordida en brazo derecho, presenta ideación suicida y refiere que en el último mes ha estado ingiriendo medicamentos sin control. Se aprecia inestabilidad afectiva, irritabilidad y dificultad para controlar su enojo, presenta aspectos de despersonalización, tiende a aislarse y a evitar contacto con compañeros de trabajo y familiares.

Por lo antes expuesto consideramos de gran importancia su colaboración para contar con la evaluación psiquiátrica respectiva.

Sin otro particular, agradecemos de antemano la atención a la presente solicitud.

ATENTAMENTE

"POR MI RAZA HABLARÁ MI ESPÍRITU"

MÉXICO D.F., A 29 DE AGOSTO DE 2014

**MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
JEFA DEL CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"**

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CONFIDENCIAL