



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

**Análisis del diagnóstico de pacientes psiquiátricos
hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino**

Álvarez.

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Para obtener el título de

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Itzel Eunice Cruz Sosa

DIRECTORA

Mtra. Janet Jiménez Genchi

REVISOR

Dr. David Márquez Verduzco

SINODALES

Dra. Laura Amada Hernández Trejo

Mtra. Verónica Ruiz González

Mtra. Luz María González Salazar



Ciudad Universitaria, CDMX, 2025.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A lo largo de este camino, muchas personas e instituciones han sido clave en mi desarrollo académico y personal, y quiero expresar mi más sincero agradecimiento.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber sido una parte fundamental de mi formación académica y personal. A lo largo de estos años, encontré en sus aulas y espacios no solo conocimiento, sino también retos que me permitieron crecer. Agradezco especialmente por abrirme las puertas a experiencias que marcaron mi vida; la movilidad internacional en Alemania fue, sin duda, una experiencia que amplió mi mirada del mundo y de mi profesión.

A la Mtra. Janet Jiménez Genchi, Dr. David Márquez Verduzco, Mtra. Luz María González Salazar, Dra. Laura Amada Hernández Trejo y Mtra. Verónica Ruiz González; por su tiempo, retroalimentación y compromiso en la evaluación de este proyecto. Su experiencia y consejos fueron esenciales para mejorar este trabajo.

Al Psic. Hugo Guerra, mi adscrito durante el servicio social, por su guía, paciencia y disposición para compartir su conocimiento. Su apoyo fue fundamental en mi formación profesional y en la construcción de este trabajo de titulación.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, especialmente al quinto piso del área de hospitalización, donde realicé mi servicio social, por permitirme formar parte de un entorno de aprendizaje invaluable. A todos los profesionales con quienes compartí esta etapa, gracias por sus enseñanzas y por inspirarme con su labor.

Dedicatorias

Dedico este trabajo a mi familia, por su apoyo incondicional, su apoyo constante y por recordarme siempre que soy capaz de lograr lo que me proponga. Gracias por su paciencia en los momentos difíciles y por celebrar conmigo cada pequeño logro.

Sin ustedes, este camino no habría sido el mismo.

A mijn liefje, porque aunque este camino lo recorrí antes de conocerte, hoy celebro este logro contigo. Gracias por ser mi compañero, mi refugio y mi mayor inspiración para todo lo que viene. Voor altijd.

A mis amigos, a los que están y a los que en su momento estuvieron, por haberme acompañado en este largo camino, en el que cada uno de ustedes fue un gran apoyo.

Y a mí misma, por la perseverancia, el esfuerzo y la pasión que puse en cada etapa de este proceso. Este logro es también un recordatorio de todo lo que soy capaz de alcanzar.

Tabla de contenido

Resumen	5
Datos generales del programa de servicio social	6
Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social.	7
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	11
Entrevistas psicológicas	11
Atención psicológica individualizada	13
Grupos psicoeducativos	14
Dinámicas grupales terapéuticas	16
Evaluaciones psicológicas integrales	18
Objetivos del informe de servicio social	20
Marco teórico	22
Trastornos Mentales y del Comportamiento	26
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20–F29)	26
Trastornos del humor (afectivos) (F30–F39)	27
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48)	29
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60–F69)	30
Resultados obtenidos	32
Gráficas	33
Recomendaciones y/o sugerencias	40
Referencias	43

Resumen

Este informe abarca las actividades que realicé durante mi servicio social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, enfocado en el diagnóstico y tratamiento de pacientes psiquiátricos hospitalizados. A lo largo de mi estancia, llevé a cabo entrevistas psicológicas, proporcioné atención individualizada, coordiné dinámicas grupales terapéuticas y realicé evaluaciones psicológicas integrales. Estas intervenciones estuvieron dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar mental de los pacientes, aplicando un enfoque integral que incluyó la utilización de conocimientos teóricos en psicopatología y la clasificación de trastornos mentales conforme a la CIE-10. Los resultados reflejaron una alta prevalencia de trastornos como esquizofrenia y trastornos del humor. Concluyo mi informe con recomendaciones prácticas para la mejora del programa de servicio social y la atención en el hospital, fundamentadas en los resultados, mi experiencia personal y profesional.

Palabras clave: Trastornos psiquiátricos, evaluación psicológica, intervención clínica.

Datos generales del programa de servicio social

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a través de la Coordinación de Servicio Social y Prácticas Profesionales, ofrece a las instituciones de Educación Superior diversos programas de servicio social a realizarse dentro del mismo. En lo que corresponde al Servicio de Psicología, cuenta con un amplio programa de actividades relativas a la asistencia psicológica en las diferentes áreas de servicio con las que cuenta, como son Consulta Externa, Hospitalización Continua, Fin de Semana, Rehabilitación, Psicogeriatría, Intervención Familiar e Investigación. En todas ellas, el pasante de psicología tiene la oportunidad de enriquecer los conocimientos teóricos ya adquiridos, que le permitan participar en actividades propias del desarrollo profesional. Los objetivos del programa son contar con un enfoque integral para brindar apoyo y cuidado a los pacientes, tanto de forma individual como grupal.

Tuve la oportunidad de poder realizar el servicio social en el programa de atención psicológica a pacientes con enfermedad mental en la sección de mujeres del 5º piso del área de hospitalización continua, donde el número de pacientes internadas fluctúa en torno a un máximo de 32 pacientes a la vez, con un flujo constante de altas e ingresos hospitalarios. De ahí que los psicólogos atendamos un promedio de cinco pacientes por día de manera individual y en actividad grupal de 3 a 15 pacientes.

Los objetivos del programa son contar con un enfoque integral para brindar apoyo y cuidado a los pacientes hospitalizados. Las actividades que se enlistan son atención y calificación de pruebas psicológicas, integración de estudios psicológicos, entrevista clínica, coordinación de grupos psicoeducativos para pacientes y revisión de casos clínicos.

Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social.

El 9 de mayo de 1967 se inauguró el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con el objetivo de brindar atención médica a pacientes adultos de ambos sexos, cursando con algún trastorno mental agudizado, así como para enseñanza e investigación (Espinosa, 2023).

La institución ofrece horarios amplios de atención para garantizar la accesibilidad de sus servicios. Durante la semana, los servicios están disponibles de 7:00 a 21:00 horas, y los sábados, domingos y días festivos de 7:00 a 19:00 horas. Sin embargo, cabe recalcar que el área de urgencias está abierta las 24 horas los 7 días de la semana.

La institución está dedicada a atender a una población específica: personas desde los 18 años cumplidos, de ambos sexos, que requieren atención especializada en psiquiatría y rehabilitación psicosocial. Los servicios están diseñados para abordar las necesidades de este grupo demográfico y proporcionar el apoyo necesario en su camino hacia la salud mental y la recuperación.

Su misión es la de “Brindar atención integral con calidad, seguridad y humanismo a la población que requiere servicios especializados en psiquiatría, rehabilitación psicosocial, así como formación de recursos humanos en la materia.” (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez [HPFBA], s.f)

Su visión, “Ser una Institución Psiquiátrica líder en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación.” (HPFBA, s.f)

El enfoque del HPFBA se dirige a la mejora de la salud mental y la calidad de vida de las personas a las que sirve. La razón de ser de esta institución se centra en la atención del usuario, la enseñanza y la investigación para el avance continuo de la psiquiatría y la salud mental. Busca

ser un referente en la promoción de la salud mental y en la implementación de enfoques innovadores en su área de trabajo.

Este hospital es un pilar fundamental en el país, ya que ofrece una amplia variedad de servicios para diagnosticar, tratar y apoyar a personas que enfrentan problemas psiquiátricos y del comportamiento. Los servicios que el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ofrece se encuentran dentro de tres grandes divisiones:

la división de atención médica hospitalaria,

la división de auxiliares de diagnóstico y servicios paramédicos, y

la división de servicios ambulatorios, psiquiatría legal y hospital parcial de fin de semana.

Entre los servicios de la división de atención médica hospitalaria se incluyen:

Urgencias/observación: Tiene como objetivo proporcionar atención médica en casos de urgencia para valorar y posteriormente canalizar.

Especialidades médicas: El paciente psiquiátrico hospitalizado recibe tratamiento integral multidisciplinario, por lo que esta área tiene como objetivo indicar tratamientos e intervenciones en procesos agudos médicos no psiquiátricos.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH): promueve acciones de medicina preventiva y de vigilancia epidemiológica de enfermedades no psiquiátricas.

Unidad de hospitalización: Esta unidad es para aquellos casos que requieren atención hospitalaria completa y supervisión constante. Dentro de la cual se encuentran las siguientes áreas especializadas:

La unidad de cuidados especializados (UCEP) proporciona atención médica integral a aquellos pacientes que presentan conductas potencialmente graves para su integridad o la de terceros.

La clínica de patología dual (CLINPAD) brinda atención basada en un modelo de tratamiento integral para el manejo del trastorno mental del paciente, aunado al trastorno por consumo de sustancias.

Psicogeriatría: Brinda atención médico-psiquiátrica a pacientes mayores de 60 años.

Unidad de Cuidados Respiratorios: Proporciona atención multidisciplinaria a aquellos pacientes con la enfermedad provocada por SARS-CoV2.

Hospitalización continua: Atención especializada intrahospitalaria a aquellos pacientes que se encuentran en fase aguda de la enfermedad.

Los servicios de la división de auxiliares de diagnóstico y servicios paramédicos incluyen a la unidad de enfermería, psicología, trabajo social, imagenología, EEG, laboratorio de análisis clínicos, nutrición y dietética, odontología, farmacia, archivo clínico, admisión y farmacovigilancia y tecnovigilancia.

Por último, se engloba la división de servicios ambulatorios, psiquiatría legal y hospitalización parcial, a la cual pertenece la unidad de servicios ambulatorios con servicios de consulta externa y triage, hospital parcial, CLIFAM, telementoría y rehabilitación, y el área de psiquiatría legal.

Debido a que mi formación y servicio social se enfocan en el área de psicología (perteneciente a la segunda división), considero importante destacar los objetivos de esta área:

El objetivo principal del área de psicología en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez consta de la integración de intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación a la atención de la salud mental de los pacientes y familiares (Espinosa, 2023).

Triage Psiquiátrico: Un primer punto de contacto que permite la evaluación y derivación adecuada de los pacientes según sus necesidades.

Consulta Externa: Ofrece atención ambulatoria a pacientes que requieren evaluación y seguimiento periódico de su salud mental.

Hospital Parcial: Proporciona una alternativa al tratamiento hospitalario completo, permitiendo que los pacientes reciban atención durante el fin de semana y puedan continuar con sus labores entre semana.

Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM): Enfocada en apoyar a las familias de los pacientes para mejorar el entorno de recuperación.

Clínica de Patología Dual: Dirigida a personas que enfrentan trastornos de salud mental y abuso de sustancias de manera simultánea.

Hospitalización: Para casos que requieren atención hospitalaria completa y supervisión constante.

Urgencias: Servicio para situaciones de crisis y evaluaciones inmediatas.

Psicogeriatría: Atención especializada para personas de la tercera edad que enfrentan trastornos psiquiátricos.

Rehabilitación: Servicio de apoyo a los pacientes para recuperarse y reintegrarse a la sociedad después de una hospitalización.

La filosofía que guía al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se centra en brindar atención integral con calidad, seguridad y humanismo a la población que requiere servicios especializados en psiquiatría y rehabilitación psicosocial. La institución se compromete a la formación de recursos humanos en esta materia, promoviendo un enfoque integral y compasivo en la atención de los usuarios.

Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

El programa de atención psicológica a pacientes con enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez abarcó un enfoque integral para brindar apoyo y cuidado a los pacientes hospitalizados. En este contexto, se llevaron a cabo diversas actividades con el objetivo de promover su bienestar mental y emocional. La realización de mi servicio social se basó en la imperativa necesidad de brindar atención especializada en salud mental a personas que enfrentan problemas psiquiátricos y del comportamiento.

Las actividades realizadas durante el servicio social fueron las siguientes:

Entrevistas psicológicas

Mi labor en este contexto implicó llevar a cabo entrevistas psicológicas, en donde se empleó la escucha activa y empatía como base del vínculo terapéutico. Según Rogers (1951), la creación de un vínculo terapéutico requiere una actitud de genuinidad, empatía y aceptación incondicional por parte del entrevistador, lo que facilita la apertura y confianza del paciente.

El propósito de estas entrevistas fue establecer un vínculo terapéutico efectivo con las pacientes hospitalizadas, conocer en profundidad su situación emocional y evaluar su progreso clínico; así mismo, permitieron obtener información detallada para la planificación de estrategias terapéuticas y el seguimiento del tratamiento. A continuación, detallo los objetivos específicos de las entrevistas psicológicas, que se basan en objetivos pertinentes al área de hospitalización del HPFBA:

1. Evaluar el estado mental del paciente: Identificar aspectos clave del estado psicológico, como emociones, cognición, conducta y alteraciones perceptuales.

2. Establecer un vínculo terapéutico: Crear un espacio de confianza que favorezca la comunicación y expresión emocional.
3. Recopilar información relevante: Explorar antecedentes personales y familiares, así como los motivos de ingreso y las condiciones actuales de la paciente.
4. Proveer una base para el diagnóstico y tratamiento: Utilizar los hallazgos para guiar las intervenciones psicológicas y apoyar al equipo interdisciplinario.

Cada entrevista se desarrolló en una estructura clara y sistemática, adaptada a las características y necesidades de cada paciente. En cada entrevista recopilé la siguiente información: Datos personales. Nombre y apellidos. Sexo. Edad. Diagnóstico médico. Motivo de ingreso. Antecedentes de trastornos psiquiátricos y psicológicos del paciente y de su familia. Evaluación de su estado mental. Apariencia física. Comportamiento en general. Orientación espacio-temporal. Estado afectivo. Estado del pensamiento. Alteraciones de la percepción. Sistema cognitivo de la atención y la memoria, tanto diferida como actual. Alteraciones del sueño e impresión diagnóstica.

Según Kvale y Brinkmann (2015), la entrevista psicológica es una herramienta cualitativa que facilita la comprensión profunda de las experiencias del paciente, permitiendo captar información subjetiva y contextual clave para el diagnóstico y tratamiento.

Las entrevistas psicológicas integran los componentes biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la salud mental. Este enfoque, descrito por Engel (1977), permite una evaluación completa que contempla factores internos y externos del paciente.

La observación estructurada de las funciones mentales es un componente esencial de las entrevistas psicológicas, según el enfoque descrito por American Psychiatric Association (2013)

en el DSM-5. Esto incluye la evaluación de orientación, cognición, afecto y percepción, que son fundamentales para establecer un diagnóstico clínico preciso.

Atención psicológica individualizada

La atención psicológica individualizada implementada durante mi servicio social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se centró en proporcionar intervenciones breves y efectivas, adaptadas a las necesidades particulares de las pacientes que se encontraban hospitalizadas. Se llevaron a cabo sesiones terapéuticas con algunas de las pacientes para abordar sus necesidades y preocupaciones específicas. Estas sesiones no sólo proporcionaron un espacio seguro para la expresión de emociones y pensamientos, sino que también ayudaron a identificar y trabajar en la resolución de problemas o desafíos personales.

Los objetivos de estas intervenciones fueron promover el bienestar emocional, manejar crisis agudas y fomentar la recuperación funcional, considerando las limitaciones del tiempo y el contexto clínico.

El enfoque utilizado combinó la terapia breve basada en técnicas cognitivo-conductuales y el manejo de crisis; este enfoque es altamente respaldado y reconocido por su eficacia en entornos psiquiátricos y hospitalarios (American Psychiatric Association, 2013). Estas estrategias están fundamentadas en la necesidad de intervenciones rápidas, prácticas y orientadas a objetivos específicos, especialmente en pacientes con vulnerabilidad emocional elevada (Beck et al., 2024; Wright et al., 2017)

Durante las sesiones se implementaron técnicas específicas, adaptadas a las necesidades de cada paciente; a continuación detallo algunas de ellas:

- Reestructuración cognitiva: Se basa en los principios de la terapia cognitiva de Beck; esta técnica permitió a los pacientes identificar pensamientos automáticos negativos con el fin de hacer un cambio en el pensamiento y, por ende, un cambio en la conducta (Beck et al., 2024).
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: Se utilizaron estrategias como respiración profunda y técnicas de *mindfulness* para mejorar el manejo del estrés. Según Kabat-Zinn (2003), estas técnicas reducen significativamente los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados.
- Activación conductual: Se fomentó el empleo de actividades significativas que contrarrestaran la falta de motivación en pacientes con estado depresivo. La activación conductual se centra en estrategias que ayudan al paciente a contrarrestar patrones de evitación, aislamiento e inactividad que exacerban la depresión en individuos. Esto incluye establecer una rutina enfocada a objetivos en la que el paciente hará actividades sin depender de su estado anímico, ya que ellas le ayudarán a mejorarlo y de tal forma romper el ciclo de un estado depresivo (Jacobson et al., 2001).
- Manejo de crisis: En manejo de crisis emocional aguda se utilizaron estrategias que permitían al individuo estabilizarse inmediatamente; estas estrategias incluían contención emocional, cambio de foco atencional y estrategias adaptativas a problemas inmediatos.

Grupos psicoeducativos

Los grupos psicoeducativos implementados se diseñaron específicamente para las pacientes hospitalizadas. El principal objetivo de estos grupos es enfocarse en la educación sobre

un tema psicológico, enseñar habilidades de afrontamiento para poder enfrentar alguna crisis (Brown, 2011), así como facilitar la adaptación al entorno hospitalario.

Su propósito principal recaía en proporcionar información relevante sobre la salud mental, así como estrategias de afrontamiento y habilidades para la vida diaria. Estos grupos facilitaban que los pacientes adquirieran conocimientos útiles que contribuían a su recuperación y bienestar integral. En este sentido se trabajaron ciclos de 8 sesiones, estructuradas para abordar tanto aspectos educativos como emocionales, considerando las necesidades específicas de las pacientes en hospitalización.

Estructura y desarrollo de las sesiones: Cada sesión grupal tenía una duración de 60 minutos y seguía la siguiente estructura con base en especificaciones del psicólogo adscrito al servicio social:

- Introducción (10-15 minutos): Se establecía el encuadre, se fomentaba un ambiente de confianza, se le daba la bienvenida a integrantes nuevas, dándoles la oportunidad de presentarse con el grupo y viceversa. Posterior a ello, se les hacían preguntas reflexivas que daban pie a introducir el tema; las pacientes compartían lo que sabían acerca del tema y, si es que tenían conceptos erróneos, se aclaraban.
- Desarrollo del contenido (30-35 minutos): A través de material visual, actividades interactivas y ejemplos adaptados se explicaban los conceptos clave.
- Cierre reflexivo (10-15 minutos): Las pacientes compartían lo que aprendieron de la sesión y cómo podían aplicarlo dentro o fuera del hospital.

Los temas que se abordaron en las sesiones fueron: conciencia de enfermedad mental, adherencia terapéutica, la familia como sistema, la comunicación del paciente con la familia, autoestima, proyecto de vida, hábitos de salud, habilidades sociales.

La psicoeducación en entornos hospitalarios se enfoca en proporcionar herramientas prácticas a las pacientes para afrontar mejor su estancia hospitalaria, reducir la ansiedad y mejorar su cooperación en el tratamiento. Según Wright et al. (2017), el entendimiento de la enfermedad mental y del tratamiento médico puede disminuir significativamente la incertidumbre y la ansiedad, mejorando la experiencia hospitalaria.

Asimismo, la enseñanza de habilidades prácticas como la regulación emocional o la comunicación asertiva ayuda a las pacientes a manejar las demandas del entorno hospitalario, fomentando un sentido de control y bienestar (World Health Organization, 2003)

Dinámicas grupales terapéuticas

El objetivo principal de las dinámicas grupales terapéuticas consiste en coordinar actividades que permitan a los pacientes explorar y desarrollar habilidades interpersonales esenciales para su reintegración a la vida cotidiana tras su estancia en el hospital. Estas dinámicas, realizadas en grupos reducidos, abordaron diversos temas, desde la comunicación efectiva hasta la resolución de conflictos y el fortalecimiento de la cohesión grupal. Los talleres se diseñaron con el propósito de proporcionar a los pacientes herramientas prácticas y estrategias que pudieran aplicar en su día a día. En este contexto, se cubrieron aspectos como: las habilidades de afrontamiento, la comunicación efectiva y el desarrollo de habilidades sociales. Estas sesiones contribuyeron a que los pacientes tuvieran recursos para enfrentar los desafíos interpersonales fuera del entorno hospitalario.

Estructura de las sesiones: Cada sesión, con una duración aproximada de 60 minutos, se dividió en tres fases:

1. Introducción (10-15 minutos): Consistía en presentar el objetivo de la sesión y hacer alguna actividad de calentamiento, como recordar algo específico que la paciente anterior a la actual en turno hubiera dicho y así sucesivamente; esto con el objetivo de establecer confianza y apertura; así mismo, hacer la integración de pacientes nuevas.

2. Actividad central (30-35 minutos): Se hacía la dinámica principal enfocada en el objetivo específico de la sesión.

3. Cierre (10-15 minutos): Se hacía una reflexión grupal sobre la experiencia y una discusión sobre lo aprendido para identificar cómo es que lo aplicarían en la vida diaria.

A continuación, detallo algunas de las dinámicas aplicadas:

- Escucha activa en parejas: Con el propósito de mejorar las habilidades de comunicación y empatía. Las pacientes compartían una experiencia personal mientras alguna otra practicaba la escucha activa; se les hacían preguntas que debían responder con base en lo que se hubiera compartido y se proporcionaba retroalimentación al finalizar.

- Manejo del estrés a través de la respiración consciente: Se les enseñaban técnicas de relajación para el manejo del estrés, guiando a las pacientes en ejercicios de respiración profunda y atención plena, seguidos de una discusión sobre cómo aplicar estas técnicas en situaciones estresantes.

- Role-playing de situaciones cotidianas: Se practicaban respuestas adaptativas en diversas situaciones sociales. La actividad principal consistía en que las pacientes representaran escenarios comunes que pudieran enfrentar tras el alta hospitalaria, explorando diferentes formas de respuesta y recibiendo retroalimentación del grupo.

Las dinámicas grupales terapéuticas promueven la cohesión grupal y ofrecen a los pacientes un espacio seguro para explorar emociones, mejorar habilidades sociales y desarrollar

estrategias de afrontamiento. Estas dinámicas permiten a los participantes sentirse comprendidos, lo cual es crucial para reducir el aislamiento emocional asociado con la hospitalización.

Las dinámicas grupales combinan elementos de aprendizaje experiencial con psicoeducación, permitiendo que las pacientes desarrollen habilidades prácticas a través de la reflexión sobre actividades concretas.

Las dinámicas grupales, como señala Anthony (1993), proporcionan un entorno donde los pacientes pueden desarrollar autonomía, fortalecer su autoestima y practicar habilidades sociales, elementos esenciales para una recuperación integral.

Según Gross y Ford (2023), la participación en actividades grupales terapéuticas promueve la autorregulación emocional a través del reconocimiento, validación y manejo compartido de emociones. Este enfoque es particularmente útil para pacientes hospitalizados que enfrentan trastornos emocionales intensos, como ansiedad o desregulación afectiva.

Evaluaciones psicológicas integrales

La realización de evaluaciones psicológicas integrales constituyó una actividad de suma importancia en mi labor. El propósito principal era obtener una evaluación precisa de las necesidades y situación de cada paciente hospitalizado. Estas evaluaciones se llevaron a cabo mediante la aplicación de diversas pruebas e instrumentos que abarcan aspectos como la cognición, personalidad, inteligencia y salud mental de las pacientes. Los resultados obtenidos fueron empleados para la elaboración de informes detallados, los cuales desempeñaron un papel crucial en la comprensión del diagnóstico por parte del equipo médico. Estos informes se integraron cuidadosamente al expediente de cada paciente, sintetizando la información obtenida de entrevistas y resultados de pruebas psicológicas. El perfil psicológico de cada paciente se

detalló con precisión, ofreciendo una visión completa de su situación. La finalidad principal de este enfoque era proporcionar al equipo de atención médica herramientas esenciales para un tratamiento integral. Los informes clínicos contribuyeron a un trabajo interdisciplinario, facilitando la toma de decisiones clínicas y el seguimiento del progreso de las pacientes. Asimismo, estos informes desempeñaron un papel crucial en la identificación de áreas específicas que requerían atención y en la planificación de intervenciones personalizadas. En el marco de este objetivo, se llevó a cabo la recopilación de información relevante sobre la historia clínica, síntomas, antecedentes y estilo de vida de cada paciente. Este enfoque permitió identificar las pruebas psicológicas más apropiadas para cada caso, tales como pruebas de inteligencia, pruebas proyectivas, pruebas de personalidad y pruebas neurocognitivas y de organicidad.

Objetivos del informe de servicio social

Mi informe de servicio social tiene como propósito principal analizar de manera sistemática y reflexiva la experiencia que he adquirido durante mi período de servicio social en un hospital psiquiátrico en el área de hospitalización. A través de este informe, pretendo vincular los conocimientos teóricos y metodológicos que he adquirido durante mi formación académica en psicología con las actividades y desafíos que he enfrentado en esta institución.

Un primer objetivo es recuperar mi experiencia de manera detallada, registrando las actividades realizadas, los obstáculos que he superado y las interacciones significativas que he mantenido tanto con los pacientes como con el equipo de trabajo en el hospital psiquiátrico. Esto me permitirá tener una visión completa de mi desempeño y contribución durante mi servicio social.

Además, tengo la intención de vincular de manera efectiva la teoría con la práctica, identificando los conceptos y métodos teóricos que he aplicado en el contexto del hospital psiquiátrico. Al relacionar mis conocimientos académicos con las situaciones reales que he enfrentado, podré comprender mejor la utilidad de la formación recibida y cómo esta se ha reflejado en mi desempeño.

Otro objetivo relevante es evaluar el impacto de mis intervenciones y actividades en la calidad de vida y el bienestar de los pacientes en el área de hospitalización del hospital psiquiátrico. Esto implica la identificación de áreas en las que mi servicio social ha tenido un impacto positivo y también áreas donde se pueden implementar mejoras.

Finalmente, mi informe me brindará la oportunidad de formular recomendaciones concretas y fundamentadas para la mejora de los servicios y la atención en el hospital

psiquiátrico. Estas recomendaciones serán producto de mi análisis y reflexión sobre mi experiencia y estarán dirigidas a contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en el área de hospitalización.

Además de cumplir con los objetivos del informe, esta experiencia me ayudará a fortalecer mis habilidades y competencias como psicóloga, contribuyendo al desarrollo de mi carrera profesional en el campo de la salud mental.

Marco teórico

Una de las principales perspectivas utilizadas es el enfoque de la psicopatología, el cual se basa en la comprensión de los trastornos mentales desde una perspectiva clínica. Mediante este enfoque, se emplean los conocimientos sobre la psicopatología de los trastornos mentales, incluyendo sus características, síntomas y patrones de presentación, para realizar una evaluación adecuada y establecer diagnósticos precisos.

La psicopatología, como disciplina científica, estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Desde la perspectiva de la psiquiatría, la psicopatología se ocupa de analizar la descripción, evolución y origen de los trastornos, mientras que la psiquiatría se centra en integrar y aplicar esos conocimientos en la práctica clínica, compartiendo áreas de intervención con la psicología clínica, que centra su estudio en el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento (Ortiz-Tallo, s.f.).

A lo largo de la historia, la comprensión de trastornos mentales ha experimentado varias transformaciones. Desde sus raíces en la civilización griega y romana, donde se forjó el concepto de enfermedad mental, hasta el Renacimiento, que marcó el declive de las explicaciones demonológicas. El siglo XVII trajo avances en anatomía y fisiología, pero la consideración de la locura como enfermedad fue intermitente. Surgieron enfoques anatomopatológicos y fisiopatológicos, seguidos por explicaciones hereditarias y degenerativas. A finales del siglo XIX, Emil Kraepelin clasificó los trastornos mentales según la evolución y el desenlace. A mediados del siglo XX, la psicología dinámica rescató el estudio de fenómenos mentales no conscientes. Karl Jaspers propuso la psicopatología general, explicativa y comprensiva. En el siglo XX, la psiquiatría norteamericana osciló entre el enfoque de enfermedad mental y las ideas

de Meyer sobre tipos de reacción. En Europa, la fenomenología de Jaspers influyó más en la psiquiatría que en la psicología (Belloch et al., 2008).

Sin embargo, este enfoque filosófico no tuvo un impacto tan destacado en la psicología. A finales del siglo XIX, la psicopatología comenzó a alejarse de las explicaciones teológicas para abrazar un enfoque más médico y científico.

Este cambio hacia una comprensión científica de los trastornos mentales se consolidó con figuras como Emil Kraepelin, quien, a principios del siglo XX, propuso una clasificación basada en la observación clínica y la evolución de los síntomas.

Desarrolló la primera clasificación universal de los trastornos mentales, estableciendo nuevas categorías de psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia), incluyendo la evolución de dichos síntomas (Infomed, s.f.)

Este enfoque sentó las bases para los sistemas de clasificación modernos, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), publicado por primera vez en 1952 (Zabaleta, 2019) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, con una primera versión publicada en 1900, y posteriormente la CIE-10 publicada en 1992 (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

En términos generales, la clasificación permite organizar trastornos o conductas anormales dentro de categorías específicas con base en características comunes (Belloch et al., 2008). En este contexto, una conducta anormal se define como aquel comportamiento que difiere significativamente de la norma social.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, se utiliza el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10). Este manual proporciona una base sólida para identificar y categorizar los

trastornos según criterios específicos, lo cual es fundamental para una adecuada comprensión y tratamiento de los pacientes (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

La décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) abarca 21 capítulos que engloban una amplia gama de enfermedades. En el Capítulo V se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento, así como los trastornos del desarrollo psicológico, que se identifican con la letra F. En este código, el primer dígito indica un grupo diagnóstico amplio (psicótico, orgánico, inducido por sustancias, etc.), el segundo dígito se refiere al diagnóstico específico, y los dígitos subsiguientes después del punto decimal proporcionan información adicional específica sobre el trastorno, como subtipo, curso clínico o tipo de síntomas (Belloch et al., 2008).

El enfoque basado en la comprensión de cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales afectan la salud, los comportamientos relacionados con la salud y el desarrollo de enfermedades ha contribuido al diseño de intervenciones clínicas. El modelo biopsicosocial destaca la relación entre los factores fisiológicos, psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, planteando que no se deben estudiar de manera aislada (Baum et al., 2018).

Tomando en cuenta lo mencionado con anterioridad, cabe recalcar que se busca tener una comprensión integrada de los trastornos mentales, para tener una intervención adecuada, por lo que se considera el modelo bio-psico-social. Este modelo considera que los trastornos mentales son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Este enfoque reconoce la importancia de aspectos genéticos, neuroquímicos y biológicos, así como de factores psicológicos individuales y del entorno social en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales (Engel, 1977).

En este contexto, la realización de la entrevista psicológica emerge como uno de los primeros pasos cruciales para la comprensión. La entrevista permite recopilar información relevante sobre la historia clínica, los síntomas y el contexto social de los pacientes (Kvale y Brinkmann, 2015).

Se utilizan enfoques de comunicación interpersonal, como la escucha activa, la empatía y la relación terapéutica, para establecer un vínculo efectivo con el paciente y obtener información precisa que contribuya al diagnóstico y tratamiento.

Posterior a ello se deben identificar los pasos a seguir, entre los cuales muchas veces es necesaria la evaluación psicológica, la cual se basa en la utilización de una variedad de pruebas e instrumentos para obtener datos objetivos sobre la cognición, la personalidad, la inteligencia y otros aspectos relevantes de la salud mental de los pacientes. Se aplican pruebas de inteligencia, pruebas proyectivas, pruebas de personalidad y otras herramientas complementarias a la evaluación clínica, lo que permite obtener una visión más completa del paciente.

Finalmente, la integración del informe psicológico se fundamenta en la recopilación y síntesis de la información obtenida a través de la entrevista y la evaluación psicológica. Se utiliza un enfoque claro y estructurado para comunicar los hallazgos, el diagnóstico y las recomendaciones de manera efectiva, proporcionando una guía para el tratamiento y seguimiento del paciente. Dado que este análisis se centra en la práctica hospitalaria del HPFBA, se utilizó el modelo médico como referencia para la comprensión de los trastornos mentales ya que permite un diagnóstico estructurado, basado en criterios clínicos.

En conjunto, estos elementos facilitan una comprensión integral de los trastornos mentales, una evaluación precisa de los pacientes y la planificación de intervenciones terapéuticas adecuadas.

Trastornos Mentales y del Comportamiento

A continuación, abordaré algunos trastornos mentales y del comportamiento que fueron objeto de estudio durante mi servicio social. Según los resultados obtenidos, se identificaron como los de mayor prevalencia, clasificándolos conforme al sistema de clasificación CIE-10, ya que es el utilizado en el HPFBA durante la realización de mi servicio social.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20–F29)

Dentro de esta categoría encontramos trastornos que implican síntomas psicóticos, de los cuales el de mayor prevalencia de acuerdo con los resultados obtenidos es la esquizofrenia.

F20: Esquizofrenia: Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Aunque se mantiene la lucidez de la conciencia y la capacidad intelectual, con el tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre los fenómenos psicopatológicos más importantes se encuentran el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante, los delirios de control, de influencia o de pasividad, y las voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona. Además, se observan trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992). En la esquizofrenia, la pérdida de contacto con la realidad, las alucinaciones, las ideas delirantes, el habla y las conductas desorganizadas, el afecto aplanado y los déficits cognitivos son indicativos de la complejidad y diversidad de este trastorno (Tamminga, 2023)

F21: Trastorno esquizotípico: El trastorno con características de comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y el afecto. Se manifiesta con síntomas como afecto frío o

inapropiado, anhedonia, conducta peculiar o excéntrica, propensión al aislamiento social, ideas paranoides o extrañas que no llegan a ser consideradas como verdaderos delirios, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y alteraciones perceptuales (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F22: Trastorno delirante persistente: Presencia de ideas delirantes persistentes sin otros síntomas psicóticos (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F23: Trastorno psicótico agudo y transitorio: Incluye un trastorno agudo no clasificable en las categorías anteriores (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F24: Trastorno delirante inducido: Trastorno delirante compartido por dos o más personas, y en la cual las ideas delirantes son compartidas por una de ellas. (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F25: Trastorno esquizoafectivo: En los trastornos episódicos, los síntomas afectivos y esquizofrénicos son fundamentales, pero no se puede establecer un diagnóstico de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

Trastornos del humor (afectivos) (F30–F39)

Estos trastornos se caracterizan principalmente por alteraciones en el estado de ánimo, que pueden ser episodios de depresión, manía o hipomanía. A continuación, se detallan algunos ejemplos de trastornos del humor dentro de esta categoría:

F30: Episodio maníaco: Se caracteriza por exaltación del humor, aumento de cantidad y velocidad de actividad física y mental propias del individuo (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F31: Trastorno afectivo bipolar: Trastorno caracterizado por experimentar dos o más episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad del individuo se ven

significativamente alterados. En algunas ocasiones, esta perturbación se manifiesta como una elevación del estado de ánimo, con un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), mientras que en otros casos se presenta como un decaimiento del estado de ánimo, acompañado de una disminución de la energía y la actividad (depresión). Los episodios recurrentes de hipomanía o manía solamente se clasifican como trastornos bipolares (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F32: Episodio depresivo: Durante los episodios típicos, ya sean leves, moderados o graves, el individuo experimenta un declive en su estado de ánimo, manifestado por la reducción de la energía y la disminución de la actividad. Se observa un deterioro en la capacidad para experimentar placer, el interés y la concentración, y es común experimentar una fatiga significativa, incluso tras realizar esfuerzos mínimos. El sueño suele verse afectado, con una disminución del apetito. La autoestima y la confianza en sí mismo generalmente disminuyen, a veces acompañadas de sentimientos de culpa o inutilidad, especialmente en formas leves. El decaimiento del ánimo tiende a mantenerse constante de un día a otro, no está en consonancia con las circunstancias y puede ir acompañado de síntomas "somáticos" como la pérdida de interés, despertar temprano con varias horas de anticipación, empeoramiento de la depresión por las mañanas, retraso psicomotor notable, agitación y pérdida de apetito, peso y libido. La gravedad del episodio depresivo se clasifica como leve, moderada o grave según la cantidad y severidad de los síntomas (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F33: Trastorno depresivo recurrente: Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3) (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F34: Trastornos del humor persistentes: Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48)

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas de angustia y/o depresión.

F40: Trastornos fóbicos de ansiedad: trastorno de ansiedad que predomina ante ciertas situaciones que no son en sí mismas peligrosas (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F41: Otros trastornos de ansiedad no especificados

F42: Trastorno obsesivo-compulsivo: Presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F43: Reacciones graves de estrés y trastornos de adaptación: Trastornos que se identifican por la sintomatología y el curso y la presencia de algún acontecimiento excepcionalmente estresante o de algún cambio vital significativo (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F44: Trastornos de conversión: Estos trastornos se caracterizan por la pérdida parcial o completa de la integración normal entre recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F45: Síndromes somatomorfos: Se caracterizan por la presencia reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploración clínica; sin embargo, los síntomas presentados no tienen justificación médica (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F48: Otros trastornos neuróticos y trastornos relacionados con el estrés no especificados

Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60–F69)

Trastornos caracterizados por alteraciones y modos de comportamiento persistentes que representan desviaciones significativas al modo en que el individuo de una cultura determinada se caracteriza tanto en el comportamiento como en el pensamiento.

F60: Trastornos específicos de la personalidad: Estos trastornos se caracterizan por la presencia de comportamientos que afectan considerablemente la personalidad de los individuos y que están acompañados de alteraciones personales y sociales (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.0: Trastorno paranoide de la personalidad: trastorno con características de suspicacia y tendencia a distorsionar las experiencias propias (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.1: Trastorno esquizoide de la personalidad: Se caracteriza por la presencia de anhedonia, desapego emocional, aislamiento (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.2: Trastorno antisocial de la personalidad: Caracterizado por la despreocupación del individuo hacia los demás y hacia las normas sociales, falta de empatía, actitud persistente de irresponsabilidad, baja tolerancia a la frustración, incapacidad de sentimientos de culpa (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.3: Trastorno límite de la personalidad: Se caracteriza por una marcada predisposición a actos impulsivos y ánimo inestable (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.4: Trastorno histriónico de la personalidad: Caracterizado por expresión exagerada de emociones, sugestibilidad, afectividad lábil, búsqueda de excitabilidad y preocupación excesiva por el aspecto físico (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.5: Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: Trastorno caracterizado por preocupación excesiva por los detalles, organización, perfeccionismo, rigidez, obstinación e insistencia en comportamientos rutinarios (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.6: Trastorno de la personalidad por evitación: Se caracteriza por sentimientos constantes de temor, preocupación a la crítica y al rechazo, con resistencia a entablar relaciones y evitar actividades sociales que impliquen algún contacto íntimo (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.7: Trastorno de la personalidad dependiente: Se caracteriza por permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes en su vida, subordinación de necesidades a aquellas de los que depende, malestar a la soledad, temor al abandono (Organización Mundial de la Salud OMS, 1992).

F60.8: Otros trastornos específicos de la personalidad

Resultados obtenidos

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se destaca por brindar servicios especializados y subsidiados. La disponibilidad de tratamientos gratuitos o a bajo costo permite que personas con recursos limitados puedan acceder a los servicios que brinda este hospital. Es por ello que, en el contexto general que rodea a las pacientes, es importante destacar que la mayoría de ellas se encuentran en situaciones desafiantes; muchas son desempleadas y cuentan con un apoyo familiar limitado. Además, enfrentan una serie de dificultades sociofamiliares, que van desde situaciones de abandono por parte de sus familias hasta la experiencia de violencia intrafamiliar. En algunos casos, estas mujeres han sido víctimas de abuso sexual, lo que agrega complejidad a sus situaciones. Asimismo, es común observar un patrón de abuso de sustancias en varios de los casos, lo que agrava aún más sus condiciones de salud mental.

En términos de los diagnósticos y padecimientos que abordamos, los trastornos más frecuentes que enfrentamos incluyen el trastorno bipolar, el trastorno de esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno límite de la personalidad. Estos trastornos representan desafíos significativos en la atención y el tratamiento de las pacientes.

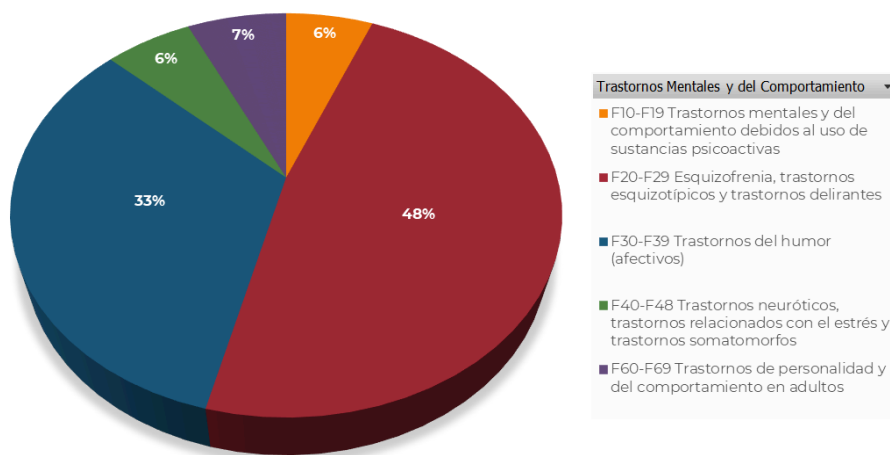
A continuación, mostraré las tablas y gráficas en las que se muestran los resultados de pacientes hospitalizadas durante el periodo de la realización de mi servicio social en el área de hospitalización en el quinto piso, área femenil. El análisis se realiza de acuerdo con las categorías del CIE-10. Las edades de las pacientes varían entre 18 y 59 años; la media de las edades es de 37.36 y la mediana es de 37 años.

Gráficas

A continuación, se presenta la Figura 1, en la que se muestran los trastornos más prevalentes entre las pacientes, con un total de 115 casos distribuidos según las categorías establecidas en el CIE-10. Se destaca que los trastornos de mayor prevalencia se encuentran dentro de la categoría F20-F29, representando un porcentaje significativo del 48% (55 pacientes) seguido por los trastornos del humor que abarcan la clasificación de F30-F39 con un total de 33% (38 pacientes)

Figura 1

Trastornos mentales y del comportamiento



Nota. Gráfica obtenida de la proporción de pacientes femeninas hospitalizadas con un diagnóstico incluido en la categoría de “Trastornos mentales y del comportamiento” (F10-F69) analizadas del CIE-10.

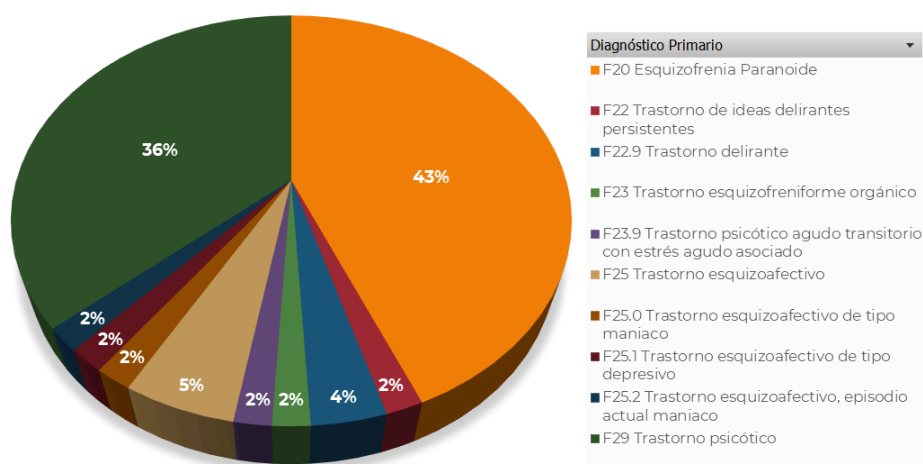
Las figuras que se encuentran a continuación, representan un análisis detallado de las categorías diagnósticas identificadas en la totalidad de la muestra, exceptuando los “Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” (F10-F19), debido a su baja representación en la muestra.

El desglose de las categorías se realiza en orden de mayor a menor prevalencia, iniciando desde la categoría más representativa, que es “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (F20-F29) de acuerdo con el CIE-10.

En la Figura 2 se desglosa el 48% de las pacientes incluidas en la categoría diagnóstica de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (F20-F29) de acuerdo con el CIE-10. Dentro de esta categoría específica (F20-F29), se observa que el 43% de las pacientes tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20), mientras que el 36% presenta un diagnóstico de Trastorno psicótico (F29). El 21% restante de diagnósticos corresponden a otras categorías dentro de F20-F29.

Figura 2

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

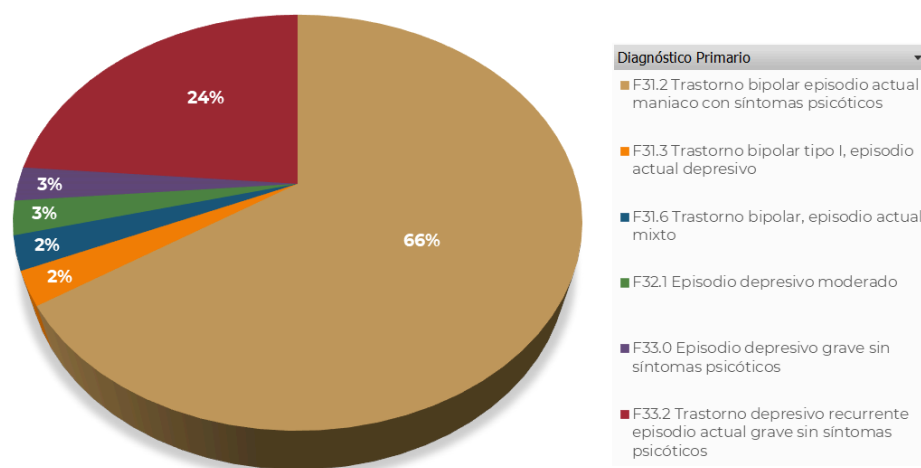


Nota. Gráfica obtenida de la proporción de pacientes femeninas hospitalizadas con un diagnóstico incluido en la categoría de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (F20-F29) analizadas del CIE-10.

A continuación, se muestra la figura 3 con el desglose de los Trastornos del humor (F30-F39), que corresponden al 33% del total de pacientes analizados. Se observa que la mayoría de los casos dentro de esta categoría corresponden al “Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos” (F31.2), representando el 66%. Le sigue el “Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos” (F33.2), con un 24% de los casos. Los diagnósticos restantes incluyen “Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos” (F33.0) y “Episodio depresivo moderado” (F32.1) ambos con un 3%. “Episodio depresivo moderado” (F32.1) y “Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos” (F33.0) ambos con un 3%.

Figura 3

Trastornos del humor (afectivos)

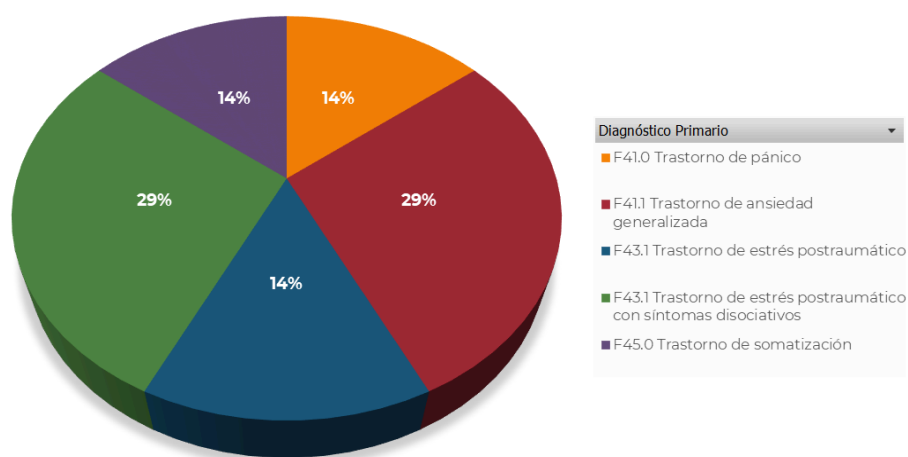


Nota. Gráfica obtenida de la proporción de pacientes femeninas hospitalizadas con un diagnóstico incluido en la categoría de “Trastornos del humor” (F30-F39) analizadas del CIE-10.

A continuación, se muestra la figura 4 con la distribución de pacientes diagnosticadas dentro de la categoría F40-F48, correspondiente del CIE-10. Esta categoría representa el 6% del total de la muestra. Dentro de esta categoría, el 29% corresponde al diagnóstico de “Trastorno de Estrés Postraumático con síntomas disociativos” (F43.1) a la par del “Trastorno de Ansiedad Generalizada” (F41.1). Las categorías restantes representan el 14% cada una, estas son “Trastorno de somatización” (F45.0), “Trastorno de pánico” (F41.0) y “Trastorno de Estrés postraumático” (F43.1)

Figura 4

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

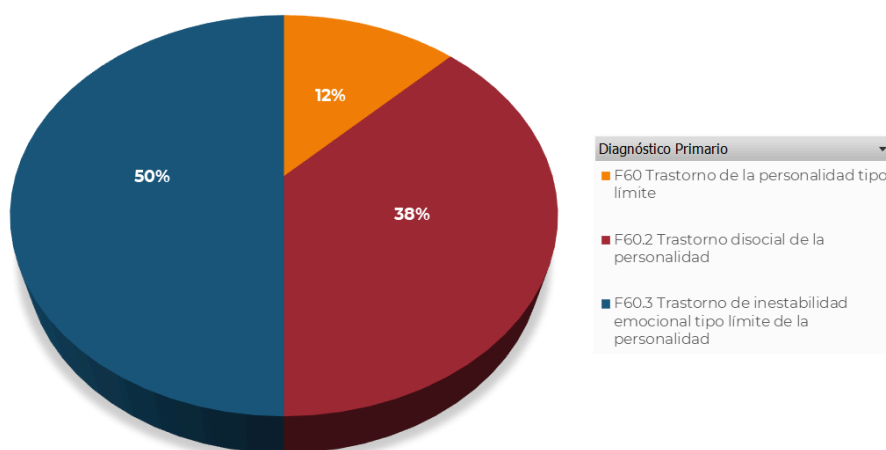


Nota. Gráfica obtenida de la proporción de pacientes femeninas hospitalizadas con un diagnóstico incluido en la categoría de “Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos” (F40-F48) analizadas del CIE-10.

Finalmente, se muestra la figura 5 que representa el 7% del total de la muestra, correspondiente a la categoría “Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos” (F60-F69). Dentro de esta categoría el diagnóstico más frecuente es “Trastorno de inestabilidad emocional tipo límite de la personalidad” (F60.3) con un 50% de los casos diagnosticados, seguido por “Trastorno disocial de la personalidad” (F60.2) con un 38%.

Figura 5

Trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos



Nota. Gráfica obtenida de la proporción de pacientes femeninas hospitalizadas con un diagnóstico incluido en la categoría de “Trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos” (F60-F69) analizadas del CIE-10.

Los datos que represente anteriormente reflejan la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos graves en la población femenina hospitalizada en el HPFBA, como lo es la esquizofrenia. Más allá de la clasificación diagnóstica, la evaluación clínica permite identificar factores psicosociales relevantes que influyen en la evolución de cada paciente. Estas condiciones no solamente pueden agravar los síntomas sino que tienen un impacto en la adherencia terapéutica. Desde mi perspectiva clínica como psicóloga, considero que el abordaje de estos trastornos requiere un enfoque multidisciplinario, en el que la psicoterapia y el tratamiento farmacológico sean complementarios. Es cierto que el manejo con medicación adecuada es esencial, sin embargo el tratamiento no debe quedar únicamente en la intervención farmacológica. La psicoterapia es clave para la psicoeducación, el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento y la reinserción social de las pacientes después de periodos largos de hospitalización.

Mi rol como psicóloga clínica no solo se limita a la evaluación diagnóstica sino que implica la implementación de estrategias de intervención personalizadas; que desafortunadamente en el contexto hospitalario se ven limitadas a intervenciones breves, que ya he descrito en apartados anteriores.

Por lo anterior quiero destacar que el análisis estadístico presentado en este informe no solo busca cuantificar los diagnósticos más prevalentes, sino evidenciar y hacer conciencia de la necesidad de un tratamiento que combine el uso adecuado de medicamento psiquiátrico de la mano de intervenciones psicoterapéuticas. El bienestar de las pacientes depende de la integración de ambas disciplinas para lograr un tratamiento efectivo y una mejora en la calidad de vida.

Recomendaciones y/o sugerencias

En primer lugar, mi experiencia en el área de hospitalización fue muy enriquecedora y superó mis expectativas, ya que me permitió crecer tanto a nivel profesional como personal.

Sin embargo, considero que hay mejoras que se podrían hacer en cuanto a la realización del servicio social. Una de ellas es que, reconociendo la diversidad de intereses entre los estudiantes de servicio social, sugiero que se mejore el programa ofreciendo a los estudiantes la posibilidad de elegir el área en la que desean realizar su servicio. Sería beneficioso que, antes de la asignación, los estudiantes reciban una descripción detallada de los diversos servicios disponibles. Esto facilitaría decisiones más informadas y alineadas con sus intereses y objetivos profesionales y fomentaría el aprovechamiento del servicio.

Personalmente haber estado en el área de hospitalización ha sido una de las experiencias más gratas de mi formación tanto a nivel profesional como personal. Sin embargo al inicio de mi servicio social pase por otra área antes de ser reasignada, lo cual me hizo reflexionar sobre la importancia de que los estudiantes conozcan las opciones disponibles y les sea posible realizar su servicio social en un área que no solo se alinee a sus intereses sino que sea coherente con el enfoque profesional, es decir el área de especialización de cada estudiante.

Esta propuesta de mejora busca garantizar que el programa de servicio social no solo cumpla con sus objetivos educativos y prácticos, sino que también se adapte a las aspiraciones y necesidades de los futuros profesionales de la psicología.

Además, considero esencial la implementación de una sesión clínica mensual específica para el área de psicología. Actualmente, existen sesiones clínicas para el área médica, pero no se ofrecen equivalentes que aborden específicamente el trabajo psicológico con los pacientes. Estas

sesiones permitirían compartir y discutir abordajes y estrategias psicológicas, enriqueciendo así la comprensión y colaboración interdisciplinaria dentro del hospital.

Asimismo considero que sería valioso que los pasantes de servicio social tuvieran acceso a sesiones de supervisión clínica especializadas, donde pudieran discutir casos con los demás profesionales de la salud, con el fin de mejorar y ampliar el aprendizaje y tener un abordaje más preciso en las necesidades de cada paciente.

Uno de los desafíos principales a los que se enfrenta el área de hospitalización es el alto reingreso de los pacientes, lo que sugiere dificultades en la adherencia al tratamiento una vez que son dados de alta. Considero que entre los principales factores que contribuyen a esta situación se encuentran la falta de seguimiento psiquiátrico, la discontinuidad en el tratamiento y la ausencia de asistencia a psicoterapia una vez que son dados de alta.

Los grupos psicoeducativos representan una herramienta clave durante la hospitalización, ya que brindan a los pacientes información sobre su padecimiento y estrategias de autocuidado. Sin embargo un aspecto a destacar es la variabilidad en la asistencia, en un día podían participar diez pacientes y al día siguiente cinco y así sucesivamente. Esta rotación aunque no representa un problema como tal; debido a que los temas están estructurados para ser abordados de forma independiente, permitiendo que los participantes se puedan integrar en cualquier momento; sí implicaría un reto al momento de evaluar el impacto. Por ello yo recomiendo que se implemente un registro cualitativo basado en la observación clínica, que contemple aspectos como el nivel de atención, participación e interacción con el grupo.

Considero que este registro permitirá analizar cambios en los pacientes a lo largo de las sesiones, identificando si hay mayor apertura conforme avanza la sesión, mayor flexibilidad en su discurso, una mejor comprensión del contenido haciendo conexión con la propia experiencia y

su grado de participación. Al adaptar esta estrategia se podría tener una mejor perspectiva del impacto de los grupos psicoeducativos en el área de hospitalización.

Además, considero que sería de suma importancia la implementación de un programa post-hospitalización complementario a consulta externa, que garantice un acompañamiento continuo a los pacientes una vez que son dadas de alta. Este programa de apoyo psicológico especializado podría incluir sesiones ajustadas a las necesidades de cada uno de los pacientes, con el objetivo de reducir el índice de recaídas y mejorar la estabilidad de los pacientes a largo plazo.

Para finalizar quiero enfatizar que el servicio social representa una oportunidad invaluable para todos los estudiantes ya que nos da la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica y de enfrentarnos a los desafíos reales de la práctica psicológica. Esta experiencia reafirmó mi vocación por la psicología clínica y ahondó mi interés en el trabajo del psicólogo en entornos hospitalarios.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

<https://doi.org/10.1037/h0095655>

Baum, A. S., Revenson, T. A., y Singer, J. E. (2018). *Handbook of Health Psychology*. *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9781315167534>

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., y Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of Depression*. Guilford Publications.

Belloch, A., Sandín, B., y Francisco, R. (2008). *Manual de psicopatología*, vol. I. Edición revisada y actualizada.

Brown, N. W. (2011). *Psychoeducational Groups: Process and Practice* (3rd ed.).

Routledge.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Espinosa, G. (2023). *Manual de organización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*.

Gross, J. J., y Ford, B. Q. (2023). *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford Publications.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) (s.f) Recuperado 20 mayo 2024 de:

<https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>.

Infomed (s.f). Emil Kraepelin (1856-1926). Especialidades SLD. Recuperado 7 mayo 2024 de: <https://especialidades.sld.cu/psiquiatria/historia-y-personalidades/emil-kraepelin/>

Jacobson, N. S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

Kvale, S., y Brinkmann, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage Publications.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. Décima revisión (CIE-10)*. Recuperado de: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*.

Ortiz-Tallo, M. (s.f). *Psicopatología clínica* (1ra ed.). Ediciones Pirámide.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROPsicopatolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica-basada%20en%20DSM5.pdf

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Tamminga, C. (2023). Esquizofrenia. Manual MSD. Versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

World Health Organization. (2003). Skills for Life. WHO Technical Report Series.

Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., y Basco, M. R. (2017). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Publishing

Zabaleta, O. G. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. <https://www.redalyc.org/journal/3397/339767305009/html/>