



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Experiencia Laboral de Psicología Clínica

en un Centro Privado de Miraflores

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

AUTORA

Ramos Salas, Cintya Rosaluz

ASESOR

Mg. Vera Cortegana, Ramón

Lima, Septiembre 2020

DEDICATORIA

Quiero agradecer a Dios que me ha permitido ser parte de esta hermosa carrera, a mis padres quienes me apoyaron y enseñaron que para cumplir mis metas debo ser constante, perseverante y disciplinada, a mi hermano, tía y abuelos que estuvieron alentándome en todo momento, a mis profesores y amigos que me han guiado y orientado durante toda mi formación académica.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a mi Casa de Estudios “Inca Garcilaso de la Vega”, quien me abrió las puertas para poder desarrollarme profesionalmente con apropiados valores y sobre todo con ética en mi “Facultad de Trabajo Social y Psicología”

También expreso mi agradecimiento a mi Asesor Mg, Ramón Vera Cortegana por la orientación y apoyo en mi investigación.

Asimismo, agradezco al Dr. Oscar Calle Briolo quien me brindó la oportunidad de poder desenvolverme como Psicóloga Clínica en el Centro Psicológico Amanacer, por sus valiosas sugerencias y aportes lo cual me ha permitido ser una mejor persona tanto en el ámbito profesional como personal.



RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

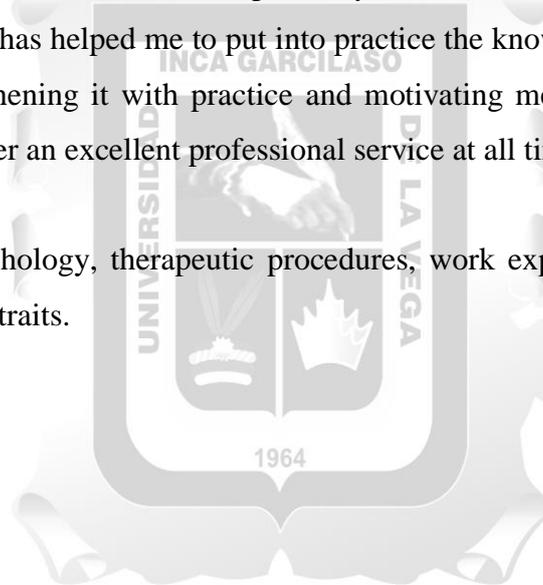
El presente trabajo de suficiencia profesional se trazó como objetivo presentar la experiencia laboral de psicología clínica en un centro privado de Miraflores. Para esto, se realizaron prácticas durante un año, donde se atendieron un total de 47 pacientes. En total, se encontró 29,8% obedecen a trastornos mentales y 70,2% a rasgos de personalidad disfuncional, destacan como principales trastornos diagnosticados durante las practicas el 28,6% con trastorno límite de la personalidad, asimismo, se encontró pacientes con trastorno agorafobia, pánico, entre otros. Durante este periodo se efectuaron un conjunto de actividades terapéuticas, preventivas y diagnósticas, destacan los procedimientos ejecutados, fueron principalmente el plan de vida, técnicas de relajación, y estrategias para control y manejo del impulso, con una prevalencia de 26,4%, 27,6%, y 13,8% respectivamente. Cabe destacar, que fue una enriquecedora experiencia que me ha ayudado a poner en práctica los conocimientos obtenidos durante mi carrera universitaria, fortaleciéndolo con la práctica y motivándome a continuar actualizándome en conocimientos novedosos, para ofrecer un excelente servicio profesional en todo momento.

Palabras claves: Psicología clínica, procedimientos terapéuticos, experiencia laboral, trastornos mentales, rasgos de personalidad disfuncional.

ABSTRACT AND KEYWORDS

The present work of professional adequacy was designed to present the work experience of clinical psychology in a private centre in Miraflores. For this purpose, a one-year internship was carried out, where a total of 47 patients were treated. In total, 29.8% were found to be due to mental disorders and 70.2% to dysfunctional personality traits. The main disorders diagnosed during the internships were 28.6% with borderline personality disorder and patients with agoraphobia and panic disorder, among others. During this period, a series of therapeutic, preventive and diagnostic activities were carried out. The procedures carried out were mainly the life plan, relaxation techniques and impulse control and management strategies, with a prevalence of 26.4%, 27.6% and 13.8% respectively. It is worth mentioning that it was an enriching experience that has helped me to put into practice the knowledge obtained during my university career, strengthening it with practice and motivating me to continue updating my knowledge in order to offer an excellent professional service at all times.

Keywords: Clinical psychology, therapeutic procedures, work experience, mental disorders, dysfunctional personality traits.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	iv
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES.....	11
1.1 Descripción de la empresa o institución.....	11
1.1.1 Descripción del producto o servicio.....	18
1.1.2 Ubicación geográfica y contexto socioeconómico.....	19
1.1.3 Actividad general o área de desempeño.....	21
1.1.4 Misión y visión.....	21
CAPITULO 2: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA	22
2.1 Actividad profesional desarrollada.....	22
2.2 Propósito del puesto y funciones asignadas	28
CAPITULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO.....	33
3.1 Teoría y la práctica en el desempeño profesional	33
3.2 Acciones, metodologías y procedimientos.....	49
3.2.1 Caso Clínico	49
3.2.2 Intervención terapéutica	56
CAPÍTULO 4: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES.....	82
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83

BIBLIOGRAFÍA..... 84
ANEXOS..... 86



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes según sexo	23
Tabla 2. Pacientes según edad.....	23
Tabla 3. Pacientes según grado de instrucción.....	24
Tabla 4. Pacientes según tipo de evaluación	25
Tabla 5. Pacientes según diagnóstico total.....	26
Tabla 6. Pacientes según el tipo de trastornos mental.....	26
Tabla 7. Pacientes según rasgos de personalidad disfuncional	27
Tabla 8. Pacientes según procedimientos realizados	28



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura Organizativa AMANACER S.A.C.....	12
Figura 2. Ubicación de AMANACER S.A.C.	20
Figura 3. Diferencia entre emoción y sentimiento.	58
Figura 4. Curva del enojo.....	66
Figura 5. Técnica de relajación progresiva de Jacobson (primer grupo de músculos).	73
Figura 6. Técnica de relajación progresiva de Jacobson (segundo grupo de músculos).....	75
Figura 7. Pensamientos automáticos.	76



INTRODUCCIÓN

Actualmente la psicología clínica es definida como una rama de la psicología centrada en diagnosticar y tratar los trastornos de comportamiento, mentales, y emocionales. Entre los trastornos más usuales que pueden ser tratados, siendo los más representativos se encuentran: el trastorno límite de personalidad, el abuso de sustancias como el alcohol, depresión, ansiedad, pánico, entre otros.

Es así como, la psicología clínica posee como propósito principal la prevención, asimismo, realiza la evaluación correspondiente, diagnóstico y la intervención terapéutica para restaurar el equilibrio psicológico en los pacientes. Bajo estos criterios, es imprescindible que los egresados de esta carrera adquieran, conjuntamente de los conocimientos obtenidos durante los estudios; una consistente y constante práctica, es así como este estudio se enfoca en presentar la experiencia laboral de psicología clínica en un centro privado de Miraflores, durante el período de un año.

Este estudio se presenta de forma sistemática iniciando con el capítulo I, aspectos generales, allí se describen los datos fundamentales de la institución. Luego, en el capítulo II donde se detalla la experiencia general que contiene, además, la estadística descriptiva, sobre los datos encontrados en los pacientes atendidos. Igualmente, en el capítulo III se detalla la fundamentación del tema elegido y se desarrollan las acciones, metodologías y procedimientos aplicados, en el capítulo IV están las principales contribuciones, donde se muestran las conclusiones, y recomendaciones. Al final del trabajo, se encontrarán las referencias bibliográficas que lo sustentan, así como los anexos que demuestran las actividades realizadas.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES

1.1 Descripción de la empresa o institución

El Centro Psicológico AMANACER S.A.C se inició en el año 2018, su nombre y origen están asociados al trabajo realizado por Silvia Páez, quien promueve mediante de sus redes sociales una iniciativa denominada “Amor Propio”, Silvia se representa como una: “Buscadora de mi bienestar, libertad emocional y paz interior, para convertirme en la mejor versión de mi misma” (AMANACER S.A.C., 2018).

AMANACER se encuentra a cargo del Dr. Oscar Calle Briolo, como su Gerente General de la organización y Psicólogo Clínico. Se inició con tres practicantes de psicología, una de las cuales es la autora del presente estudio. Actualmente, el Centro tiene dos años y medio, siendo su aniversario cada 15 de febrero y posee convenios con las instituciones educativas estatales Escuela 6003 “Rebeca Carrión Cachot” y la I.E. N° 7003 “Manuel Fernando Bonilla”, ambas ubicadas en Miraflores; y servicio social con la comunidad de Alcohólicos Anónimos (AMANACER S.A.C, 2018). El logo de la institución representa los colores institucionales, estos son: el color verde (árbol) simboliza la regeneración de la vida, el árbol está cargado de fuerza, ya que brota de forma vertical, la tierra es el elemento más denso, medible, tangible, perseverante y fuerte. El turquesa es un color que simboliza relajación y armonía, mientras que el gris representa el equilibrio.

El Centro está integrado por un equipo de psicólogos y psicoterapeutas capacitados y especialistas en temas referidos a la salud mental; tiene como objetivo primordial promover, generar y brindar alternativas de mejora en la calidad de vida logrando el completo bienestar de los individuos de los diversos sectores sociales, aplicando técnicas terapéuticas basados en enfoques de Gestalt, Conductismo y Cognitivismo; Brindamos asesoramiento individual, de pareja, familia o grupal a través de talleres informativos y/o vivenciales, capacitaciones y asesoramiento virtual (AMANACER S.A.C, 2019).

Dentro del Manual de Organización y Funciones (MOF) de AMANACER S.A.C. (2019), se diferencian dentro de la empresa las siguientes áreas:

- Logística y marketing.

- Contabilidad.
- Secretaria.
- Mantenimiento.

De acuerdo AMANACER S.A.C. (2019), los valores organizacionales son:

- Calidad: poseer la calidad como fin y camino fundamental hacía el éxito.
- Confianza: ofrecemos transparencia en cada intervención psicológica y siempre con profundo respeto por la persona.
- Sensibilidad social: manifestar comportamientos que transmitan el reconocimiento de los sentimientos de los demás.
- Compromiso: ser garantes del bienestar de los pacientes, y específicamente de su salud mental para que logre sus propósitos y metas.
- Humanidad: mantener un trato fundamentado en la dignidad, respeto, apoyo, lealtad, y confidencialidad.
- Integridad: desarrollar acciones que conforma a las normas éticas y sociales en las actividades relacionadas con la práctica psicológica.

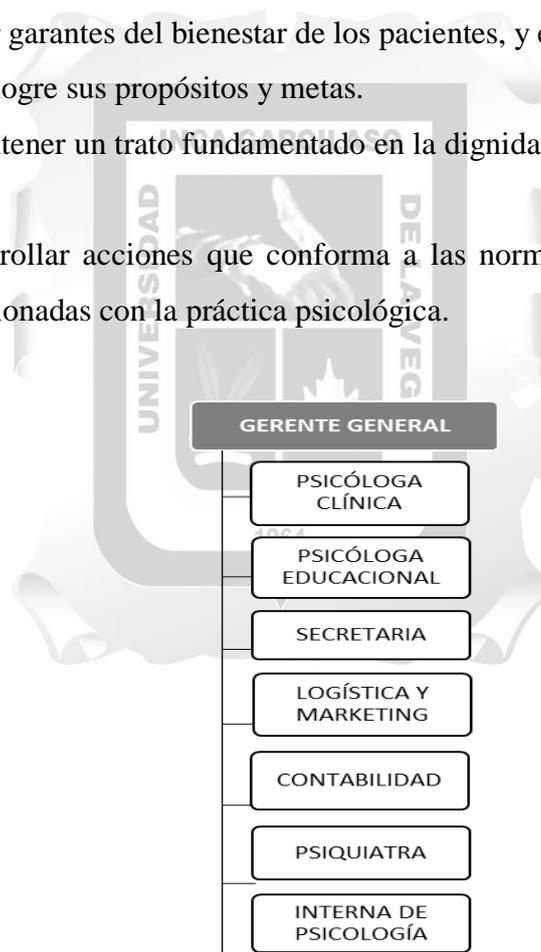


Figura 1. Estructura Organizativa AMANACER S.A.C. Fuente: AMANACER S.A.C (2019).

A continuación, se describen las funciones de los cargos (AMANACER S.A.C., 2019):

Gerente General

Objetivo

Es el órgano de máxima autoridad, comisionada de gestionar las actividades de las áreas de la Organización, según los planes, políticas y objetivos propuestos.

Funciones

- Maneja la gestión y dirección de las actividades administrativas de la institución.
- Representa legalmente a la institución.
- Es responsable de la gestión comercial de la institución.
- Nombra, promueve, traslada o remueve al personal.
- Propone la política de remuneraciones.
- Evalúa y aprueba las disposiciones y normas administrativas concernientes al ámbito de su competencia.
- Crea y mantiene relaciones buenas con los proveedores, facilitadores y clientes, para conservar el buen funcionamiento de la institución.
- Efectúa evaluaciones constantes sobre la observancia de las funciones de cada área.
- Planifica y despliega metas a corto y largo plazo.
- Coordina y lidera las funciones de la planeación estratégica.
- Negocia acuerdos y convenios con otras organizaciones.

Psicóloga Clínica

Objetivo

Brinda atención psicológica a individuos vulnerables, ya sea en forma personalizada o en grupo.

Funciones

- Utiliza técnicas e instrumentos psicológicos para la distinción de los trastornos mentales, así como de los factores de riesgos asociados a ellos.
- Maneja técnicas de trabajo en equipo y relaciones interpersonales.
- Diagnóstica los trastornos mentales mediante los manuales; contrastando con las técnicas y pruebas psicológicas adecuadas.
- Elabora, aplica y evalúa los programas de intervención terapéutica a nivel particular, en pareja, grupal y familiar.

- Elabora, aplica y evalúa los programas de intervención terapéutica y resolución de situaciones de crisis.
- Elabora, aplica y evalúa los programas de intervención terapéutica para la población infanto-juvenil, y adulta.
- Programa actividades preventivas y de fomento de la salud.
- Desarrolla programas de asesoramiento para los practicantes a cargo.
- Maneja la metodología y los diseños de investigación clínica y epidemiológica en Salud Mental.
- Realiza informes psicológicos y certificados.
- Desarrolla y dicta charlas formativas.
- Coordina con el Gerente los Manuales Instructivos.

Psicóloga Educacional

Objetivo

Se dedica al análisis de la enseñanza humana; así como, comprender el modo de enseñar y aprender, la efectividad de las intervenciones educativas para mejorar el proceso.

Funciones

- Interviene en el proceso enseñanza y aprendizaje desde una configuración psicológica, sobre sus actores y en los grupos e organizaciones implicados en ellos.
- Asesoría para tomar de decisiones sobre el proceso educativo.
- Evalúa el estilo cognoscitivo del estudiante.
- Detecta los estudiantes con necesidades especiales a nivel educativo y en su tratamiento.
- Determina el coeficiente intelectual de un estudiante y su correspondencia con el rendimiento.
- Evalúa las expectativas, intereses y motivos, del estudiante.
- Desarrolla y dicta charlas formativas.
- Coordina con la Gerencia los Manuales Instructivos.
- Diseña y prepara materiales didácticos que faciliten las actividades de enseñanza/aprendizaje.
- Prepara estrategias didácticas (series de actividades) que incluyan actividades motivadoras, significativas, colaborativas, globalizadoras y aplicativas.

Secretaría

Objetivo

Coordina, ejecuta y supervisa las acciones de apoyo secretarial y de tesorería a la Gerencia.

Funciones

- Mantiene la organización y control de los trámites documentarios y el archivo de la Gerencia.
- Recepciona, registra, clasifica y distribuye la correspondencia que maneja la Gerencia.
- Mantiene actualizado el archivo de documentos clasificados de la Gerencia.
- Arregla los documentos para el Despacho, con el Gerente.
- Acuerda citas y clasificación de documentos.
- Toma dictado de la correspondencia que le indique el Gerente.
- Prepara la agenda de reuniones del Gerente.
- Realiza el control y seguimiento de los expedientes y documentación derivados para informe o respuesta.
- Consolida, tramita y distribuye a las Unidades orgánicas los pedidos de materiales y útiles.
- Organiza y conserva los archivos financieros, de acuerdo con las disposiciones que le rijan.
- Recibe el correspondiente dinero a depósitos provisionales que deban colocarse bajo su custodia y responsabilidad.
- Gestiona la realización de los programas, proyectos y planes en los que interviene en razón del cargo.
- Propone, planifica e implementa los instrumentos y procedimientos para optimar la prestación de los servicios a cargo de la entidad.

Logística y Marketing

Objetivo

Planifica e implementa las estrategias de marketing y publicidad necesarias, para fortificar la imagen corporativa.

Funciones

- Orienta las decisiones estratégicas de la Gerencia, divisando las tendencias, oportunidades evolución, y riesgos de mercado.

- Refuerza el posicionamiento y la imagen de la empresa, favoreciendo la ejecución de los objetivos, y apoya la gestión de venta.
- Elabora los presupuestos del Departamento.
- Propone el programa de acción para conseguir los objetivos instituidos por la Gerencia (Plan de Marketing).
- Valora el costo de las diversas acciones de marketing y su resultado sobre la imagen y las ventas.
- Sitúa fuentes de información sobre el mercado.
- Diseña el plan sistemático de investigación.
- Planifica, ordena y ejecuta las acciones de Marketing y comunicación en los canales de venta, red comercial, clientes y suscriptores.
- Elabora el plan de medios publicitarios, negociando y contratando los espacios publicitarios.
- Concreta y elabora, junto con diseño gráfico, los materiales y contenidos publicitarios: expositores, catálogos, carteles, folletos, boletines, invitaciones, etc.
- Mantiene reuniones con los coordinadores de su equipo para concretar directrices en relación a sus gestiones.
- Asiste a conferencias, ferias, certámenes, congresos, etc., para actualizar y mejorar los criterios y conocimientos sobre su actividad profesional.
- Estudia y plantea medidas para optimizar la calidad y efectividad de su departamento.

Contabilidad

Objetivo

Realiza la revisión de todos los movimientos contables, así como la presentación a la gerencia de los estados financieros mensuales.

Funciones

- Elabora los estados financieros, haciendo los registros contables, que están de acuerdo a los principios de contabilidad generalmente aceptados.
- Supervisa que se mantenga actualizado el catálogo de cuentas contables.
- Verifica que se realicen mensualmente las conciliaciones de cuentas bancarias, contra los registros en libros.
- Supervisa que se contabilicen todos los cheques y/o traspasos efectuados diariamente.

- Ejecuta los correspondientes movimientos bancarios según a las necesidades de liquidez.
- Supervisa la elaboración y el control del reporte diario de cheques.
- Presenta las declaraciones de los impuestos.
- Prepara los reportes periódicos de evaluación, sobre la situación que guarda el presupuesto con relación a su ejercicio.
- Resguarda los documentos autorizados.
- Lleva el historial de los cambios.

Psiquiatra

Objetivo

Evaluación e intervención médica en los trastornos mentales de las personas en sus aspectos preventivos, curativos y rehabilitador.

Funciones

- Realiza las evaluaciones médicas y psiquiátricas a los pacientes.
- Elabora informes técnicos sobre el resultado de los estudios psiquiátricos y dar su opinión según sea el caso.
- Hace las aclaratorias que se le requieran en relación con las pericias presentadas, y responder al interrogatorio que a tal efecto se le formule.
- Refiere voluntariamente a las personas o familias, a la atención de otros especialistas, servicios o instituciones, cuando diagnostique u observe la necesidad de atención especializada.
- Interviene como mediador, en forma individual o colectiva, para la resolución alternativa de conflictos, en los procedimientos judiciales.
- Participa en la planificación y desarrollo de las reuniones técnicas.
- Prepara la documentación requerida para procesar la información, sobre la gestión realizada por el Equipo de Facilitadores.
- Participa en los talleres y seminarios de capacitación, con la finalidad de contribuir con una mejor comprensión de los datos.
- Desarrolla actividades de investigación y prevención.
- Potencia el trabajo con otras instancias sanitarias.

- Participa en actividades de información y divulgación sanitaria relacionadas con la especialidad.

Interna de Psicología

Objetivo

Desarrollar y ejercitar las prácticas en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención, así como en los niveles diferentes de investigación psicológica.

Funciones

- Reporta y recibe dirección del Gerente general.
- Cumple con las actividades propuestas en el plan de trabajo de internado.
- Realiza anamnesis de cada paciente evaluado.
- Aplica pruebas psicológicas y psicométricas: área intelectual, área emocional, área de personalidad, área neuropsicológica, área familiar, área social.
- Entrega de informes en un plazo de 3 días como máximo.
- Apoya y realiza publicaciones para las redes sociales
- Evalúa a pacientes.
- Diagnostica con el CIE 10.
- Entrega informe psicológico para la gerencia, el interno y el usuario.
- Participa en actividades científicas y académicas que estén correspondidos al quehacer de la profesión.
- Conoce y practica el manual de ética del psicólogo peruano.
- Otras tareas encomendadas por el Gerente (mural, charlas, apoyo a otros departamentos del centro, etc.).

1.1.1 Descripción del producto o servicio

El centro se enfoca en el área Clínica y Educativa brindando servicios como:

- Evaluaciones e informes psicológicos.
- Orientación vocacional.
- Terapia de atención y concentración.
- Terapia para niños y adolescentes.
- Terapia para jóvenes y adultos.
- Escuela para padres.

- Terapia familiar.
- Terapia en pareja.

En cuanto al ámbito educativo, se ofrece:

- Se brinda orientación y consejería a los estudiantes de primaria
- Entrevista y observación en el aula para detectar algún problema de aprendizaje
- Orientación y consejería a los padres de familia
- Talleres a los estudiantes como el tema de Autoestima
- Derivaciones al Centro Psicológico dependiendo al caso de cada alumno.
- Recomendaciones a los padres de familia si en caso el estudiante requería una evaluación más integral.
- Evaluaciones masivas.

1.1.2 Ubicación geográfica y contexto socioeconómico

El Centro Psicológico AmaNacer se encuentra ubicado en la Av. Mariscal Cáceres 136, en Miraflores, Lima, Perú (ver Figura 2). El Contexto socioeconómico es medio alto, si bien la mayoría de la población está en estos sectores, también asisten de otros segmentos (AMANACER S.A.C, 2018).

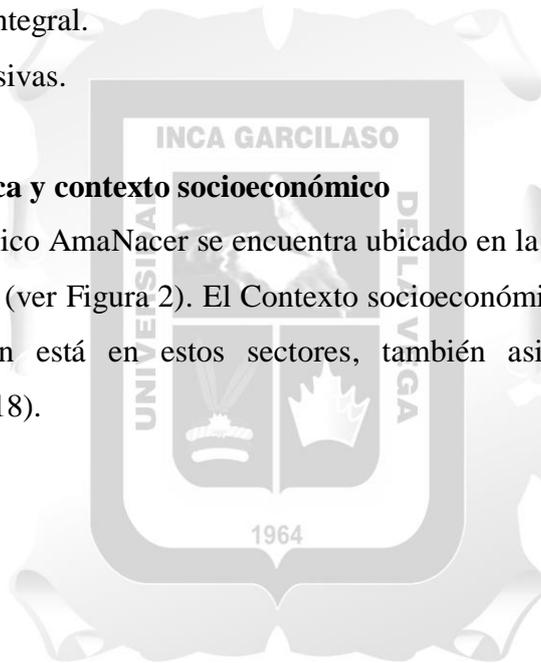




Figura 2. Ubicación de AMANACER S.A.C. Fuente: Google Maps (2020).

La infraestructura es de dos pisos, su construcción es de material noble, además cuenta con estacionamiento y servicios de agua, luz y desagüe; asimismo consta de internet y telefonía (AMANACER S.A.C, 2018).

El centro tiene un espacio adecuado y amplio, donde presenta siete ambientes; dos de los ambientes son para la atención psicológica para niños, en el que cuenta con sillas, mesas, escritorios, y un anaquel donde están todos los juguetes, y cuatro espacios para la atención psicológica para adultos y consta de laptop, estantes, vitrinas, escritorios, sillas, sofás y un estante donde se encuentran los manuales, pruebas psicológicas y el uso de materiales adicionales (cinta Scotch, folders, archivadores, cartulinas, gomas, tintas para la impresora, hojas de colores, hojas bond, fasters, grapas y clips) además de una impresora; también cuenta con un ambiente que se emplea como recepción con una sala de espera para los pacientes y tiene un escritorio, una computadora, un televisor, teléfono, lapiceros y una agenda donde se apuntan las citas para la

atención con cada especialista. Además de contar con un anaquel donde se encuentran todas las historias clínicas de cada paciente; también cuenta con dos baños para hombre y mujer respectivamente, tiene iluminación adecuada y se encuentra favorablemente ventilado (AMANACER S.A.C, 2018).

1.1.3 Actividad general o área de desempeño

La actividad general del Centro Psicológico AMANACER S.A.C., es el área Clínica y Educativa; enfocada en la Psicología Clínica, específicamente, a través de técnicas terapéuticas basadas en los enfoques de la Gestalt, Conductismo y Cognitivismo (AMANACER S.A.C, 2018).

1.1.4 Misión y visión

En el MOF de AMANACER S.A.C (2019), se menciona la siguiente misión y visión para la empresa:

Misión

Brindar nuestros servicios psicológicos de atención y orientación psicológica oportuna y de calidad; abordaje psicoterapéutico, y el bienestar; conjuntamente del desarrollo completo de personas, parejas, grupos, familias u organizaciones que tengan aspiración de ser y funcionar saludablemente.

Visión

Se proyecta como una organización líder, dentro del ámbito de la Psicología, con impacto regional, como referente de ser un Centro Psicológico de calidad, confianza y sensibilidad social.

CAPITULO 2: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

2.1 Actividad profesional desarrollada

Duración: 1 año del 5 de marzo del 2019 al 10 de marzo del 2020.

Horario de Trabajo

- De lunes a viernes de: 8:00 a.m. a 2:00 pm
- Sábados de: 8:00 am a 1:00 pm

Actividades desarrolladas

- Colocar en práctica lo estudiado en la carrera de Psicología, de manera que se pueda aportar conocimientos adquiridos en evaluación, diagnóstico y tratamiento dirigido a pacientes de variados grupos etarios. También de tener una actitud adecuada para afrontar todos los retos propuestos.
- Realizar aspectos administrativos como elaborar el periódico mural cada mes, coordinar las reuniones semanales, hacer la lista mensual de cumpleaños y, verificar que los materiales estén en su lugar.
- Recibir a los pacientes que vienen presencialmente para dar información de nuestros servicios o por medio telefónico, capacitaciones y reuniones para resolver algunas dudas sobre los casos de cada paciente y organización de talleres.
- Asistir a reuniones donde se exponen y explican las nuevas estrategias para abordar temas específicos.
- Participar en reuniones semanales para la discusión de casos de pacientes y temas relacionados a las técnicas, evaluación, diagnóstico e intervención psicológica.

Talleres realizados

- Taller de habilidades sociales edades de 6 a 8 años de edad y charla para padres.
- Taller de autoestima para adolescentes 12-16 años de edad.
- Taller sobre atención y concentración 6 a 8 años de edad.
- Taller “aprender a valorarte por quién eres” (adultos).
- Taller “manejando tus emociones” (adultos).

- Campaña Navideña para niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad con bajos recursos económicos en el Centro Comunal Familiar Faisanes (Tablada de Lurín).

Descripción de los pacientes atendidos

Distribución de pacientes según sexo:

Tabla 1.

Pacientes según sexo

Género	No.	%
Femenino	30	63,8%
Masculino	17	36,2%
Total general	47	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Los pacientes atendidos durante un año para atención de psicología clínica en el centro, fueron en total 47, distribuidos según sexo: en 63,8% femenino y 36,2% masculino.

Distribución de pacientes según edades:

Tabla 2.

Pacientes según edad

Edad	Cantidad	%
Menor a 10	3	6,4%
De 11 a 20	6	12,8%
De 21 a 30	20	42,6%
De 31 a 40	8	17,0%
De 41 a 50	5	10,6%
De 51 a 60	4	8,5%
61 a más	1	2,1%
Total general	47	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Los pacientes atendidos durante un año para atención de psicología clínica se distribuyen por grupos etarios de la siguiente forma: 42,6% tiene edades comprendidas entre 21 a 30 años, seguido de un 17,0% con edades entre 31 y 40 años, destaca también un porcentaje de 12,8% de pacientes entre 11 a 20 años. Los adultos mayores de 51 a 60 años, el 8,5% y de 61 años a más, el 2,1 % de los pacientes.

Distribución de pacientes según grado de instrucción:

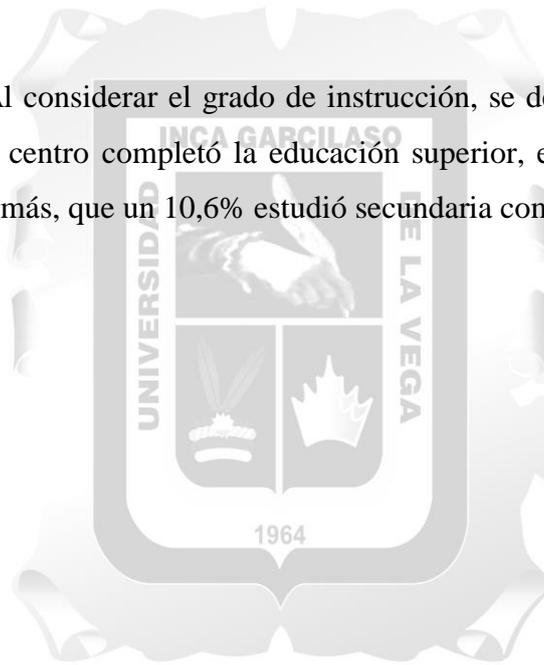
Tabla 3.

Pacientes según grado de instrucción

Grado de instrucción	Cantidad	%
Inicial	2	4,3%
Primaria	1	2,1%
Secundaria incompleta	4	8,5%
Secundaria	5	10,6%
Técnico incompleto	1	2,1%
Técnico	2	4,3%
Superior	22	46,8%
Superior incompleta	1	2,1%
Universitario	9	19,1%
Total general	47	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Al considerar el grado de instrucción, se destaca que el 46,8% de los pacientes atendidos en el centro completó la educación superior, el 19,1% son profesionales universitarios, resalta, además, que un 10,6% estudió secundaria completa.



Cantidad de evaluaciones realizadas:

Tabla 4.

Tipo de evaluaciones realizadas

Tipo de evaluación	Cantidad	%
Inventario Clínico Multiaxial Millon III	34	19,3%
Test de la figura de Karen Machover	23	13,1%
Test de la persona bajo la lluvia	20	11,4%
Test de Frases Incompletas de Sacks	14	8,0%
Test de distorsiones cognitivas	13	7,4%
Test de Depresión de Beck	13	7,4%
Test de Ansiedad de Zung	12	6,8%
Escala de ansiedad y depresión – Zung	5	2,8%
Test de evaluación Neuropsicológica Neuropsi (Abreviado)	5	2,8%
Test de Sacks	4	2,3%
Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA)	3	1,7%
Inventario Clínico para adolescentes MACI	3	1,7%
Inventario de Intereses Profesionales y ocupacionales CASM 83	3	1,7%
Inventario de Intereses y Preferencias Profesionales – IPP	3	1,7%
Test de Matrices Progresivas Raven	3	1,7%
Test de Rorschach	3	1,7%
Excesos y Carencias Conductuales	2	1,1%
Inventario de Hábitos de estudio CASM 85	2	1,1%
Test de la familia	2	1,1%
Test del Rosal	2	1,1%
Autoevaluación de Ansiedad (EAA)	1	0,6%
Cuestionario Antisocial Delictivo	1	0,6%
Escala de Autoevaluación de Depresión (EAMA) 1964	1	0,6%
Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV	1	0,6%
Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria WIPPSI – III	1	0,6%
Test de frases incompletas de Forer	1	0,6%
Test de la Figura Humana DFH	1	0,6%
Total general	176	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: A los pacientes atendidos durante un año para atención de psicología clínica en el centro, se les aplicó una gran diversidad de evaluaciones, según las características de cada caso en particular, destacan con mayor prevalencia en uso del Inventario Clínico Multiaxial Millon III, Test de la figura de Karen Machover, Test de la persona bajo la lluvia, con 19,3%, 13,1%, y 11,4% respectivamente. Asimismo, es importante mencionar que destacó la

aplicación del Test de Frases Incompletas de Sacks, Test de distorsiones Cognitivas y Test de Depresión de Beck, con un porcentaje de 8,0%, 7,4% y 7,4% respectivamente.

Cantidad de pacientes por diagnósticos:

Tabla 5.

Pacientes según diagnóstico final

Tipo de diagnóstico	Cantidad	%
Trastornos mentales	14	29,8%
Rasgos de personalidad disfuncional	33	70,2%
Total general	47	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la distribución evidenciada se encontraron 14 trastornos mentales diferentes y 33 rasgos de personalidad disfuncional, en las evaluaciones realizadas a los diferentes pacientes atendidos durante la experiencia profesional en la institución.

Distribución de pacientes según el tipo de trastornos mentales

Tabla 6.

Pacientes según el tipo de trastornos mental

Trastorno	No.	%
Trastorno límite de la personalidad	4	28,6%
Trastorno de agorafobia	1	7,1%
Trastorno de pánico	1	7,1%
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo compulsivo	1	7,1%
Trastorno dependiente de la personalidad	1	7,1%
Trastorno explosivo intermitente	1	7,1%
Trastorno mutismo selectivo	1	7,1%
Trastorno disocial	1	7,1%
Trastorno mixto ansioso -depresivo	1	7,1%
Trastorno ansiedad por enfermedad con tipo de solicitud de asistencia	1	7,1%
Trastorno depresivo persistente (distimia)	1	7,1%
Total general	14	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En los pacientes atendidos durante un año para atención de psicología clínica en el centro con diagnóstico por trastornos mentales, se observa con mayor prevalencia la presencia trastorno límite de la personalidad con un porcentaje de 28,6%.

Distribución de pacientes según rasgos de personalidad disfuncional

Tabla 7.

Pacientes según rasgos de personalidad disfuncional

Rasgos de personalidad disfuncional	Nº	%
Rasgos antisociales	8	24%
Rasgos de depresión	4	12%
Rasgos evitativos	4	12%
Rasgos esquizoides	4	12%
Rasgos dependientes	2	6%
Rasgos narcisistas	2	6%
Rasgos histriónicos	2	6%
Rasgos de comportamiento inadecuado	1	3%
Rasgos obsesivos – coacción	1	3%
Rasgo de impulsividad	1	3%
Rasgos paranoides	1	3%
Rasgos psicóticos con contenido persecutorio	1	3%
Rasgos de bipolaridad	1	3%
Rasgo de incomodidad respecto al sexo	1	3%
Total general	33	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En los pacientes atendidos durante un año para atención de psicología clínica en el centro con diagnóstico por rasgos de personalidad disfuncional, se encontraron rasgos antisociales con una prevalencia de 24%, seguido de rasgos de depresión, evitativos y esquizoides con 12% de porcentaje.

Cantidad de procedimientos realizados

Tabla 8.

Pacientes según procedimientos realizados

Estrategias terapéuticas	No	%
Plan de vida	23	26,4%
Técnicas de relajación	24	27,6%
Estrategias para control y manejo del impulso	12	13,8%
Atención psiquiátrica	10	11,5%
Terapia individual	5	5,7%
Técnicas para identificar pensamientos automáticos	4	4,6%
Terapia de pareja	4	4,6%
Técnica de inoculación del estrés	2	2,3%
Charla informativa de lo que es el amor	1	1,1%
Charla informativa sobre el consumo de alcohol con el objetivo de concientizar y disminuir el consumo de alcohol	1	1,1%
Habilidades Sociales	1	1,1%
Total general	87	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De las estrategias de procedimientos realizados, aplicados a los pacientes atendidos durante un año para atención de psicología clínica, en un Centro Privado de Miraflores, los más empleados fueron plan de vida, técnicas de relajación, y estrategias para control y manejo del impulso, con un porcentaje de 26,4%, 27,6%, y 13,8%, respectivamente. Destaca, además, que un 11,5% de los pacientes fueron referidos para atención psiquiátrica.

2.2 Propósito del puesto y funciones asignadas

Evaluación y Psicometría

Objetivos específicos

- Poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre evaluación, entrevista y diagnóstico, logrando identificar las posibles áreas de conflictos que padecen los usuarios mediante técnicas e instrumentos psicológicos.
- Realizar el diagnóstico de cada paciente, recabando información sobre la personalidad, inteligencia, entre otros, con el fin de elaborar un perfil psicológico del paciente.
- Identificar patrones de personalidad de los diferentes sectores que acudían al centro.

- Identificar fortalezas y debilidades en los pacientes.
- Buscar un tratamiento adecuado para cada problemática del individuo.
- Lograr la autorregulación de las propias conductas de los pacientes.
- Desarrollar fortalezas en los pacientes para afrontar situaciones de conflicto.
- Ayudar a los pacientes en la toma de decisiones.
- Realizar el tratamiento de problemas en los diversos tipos de pacientes tanto de forma individual, de pareja y/o familiar.
- Elaborar Informes psicológicos.

Planteamiento de actividades

- Trabajo diagnóstico

El trabajo diagnóstico se fundamenta en los datos recolectados mediante la Entrevista Psicológica, Historio clínica y Evaluación Psicológica, los que son contrastados con los criterios de Diagnostico del DSM V y/o CIE-10.

Primero, se procede a tomar nota del motivo de consulta que permitirá tener un panorama amplio sobre el problema; luego se realizan las evaluaciones psicológicas específicas, historia clínica del sujeto y entrevistas a sus familiares o personas de contacto íntimo de ser necesario para así llegar a un diagnóstico y proceder a una terapia individual, de pareja o familia; adecuada a sus necesidades. Por otro lado, si es un episodio crítico del individuo, se procede a recomendar una consulta interpsiquiátrica inmediata, como en los casos de trastorno límite de la personalidad, depresión, entre otros.

- Evaluación general

La evaluación se realizó tomando en cuenta el motivo de consulta, llegando a determinar las evaluaciones y el correspondiente número de sesiones en cada caso.

- Evaluación específica

Estas evaluaciones se realizan en el área específica de la necesidad del paciente en cuanto a características de personalidad para una adecuada intervención psicoterapéutica, o coeficiente intelectual para descartar cualquier problema de aprendizaje, debido a que así se determinó por el motivo de consulta.

Las evaluaciones fueron realizadas en un promedio de dos sesiones para el área de personalidad y dos sesiones para el área intelectual.

En las dimensiones específicas evaluadas se encuentran las siguientes áreas: Personalidad, Emocional, Intelectual, Social, familiar, organicidad y orientación vocacional.

- Evaluaciones integrales

Las evaluaciones a realizar son de forma global, teniendo en cuenta todas las áreas del paciente, y se les aplica diversos Test como; personalidad, inteligencia, ansiedad, autoestima, organicidad, depresión, dependiendo del caso ya sea niños, adolescentes y adultos. Se dispuso un promedio de tres a cuatro sesiones de evaluación las cuales fueron divididas dos en personalidad y dos en el área intelectual.

- Evaluación de orientación vocacional

Estas evaluaciones se realizan para poder orientar al paciente en su elección profesional, por ello se evalúan las siguientes áreas: personalidad, inteligencia, hábitos de estudio, preferencias vocacionales. Así mismo se dispuso un promedio de cinco sesiones y se distribuyeron de la siguiente forma; una sesión para personalidad, una sesión para evaluación del área intelectual, una para hábitos de estudios, dos para valorar intereses vocacionales y/o preferencias.

- Tratamiento

Luego de realizar un diagnóstico adecuado, se procede a realizar el tratamiento (terapia) según requiera el caso que consta de diversas técnicas, métodos, estrategias de estudios así mismo programas de control de impulsos, programas para lograr la independencia personal de: adolescentes, jóvenes y adultos; así como, pautas de crianza, establecimiento de normas de convivencia, entre otros.

El objetivo es cumplir con todos los objetivos planteados en las recomendaciones del informe y así llegar al bienestar del paciente y darle de alta, instante en el que finaliza esta actividad.

Pasos realizados con el paciente:

- Paso 1: Motivo de consulta.

- Paso 2: Evaluación psicológica o directo a terapia depende del caso (de cada paciente). Tomando en cuenta las áreas que se van a evaluar.
- Paso 3: Elaboración de informe.
- Paso 4: Lectura de informe.
- Paso 5: Si es necesario se recomienda al psiquiátrica.
- Paso 6: Terapia.
- Paso 7: Dar de alta.

Técnicas aplicadas.

- Gestálticas
- Cognitivo - Conductual
- Conductual

Material psicométrico empleado

- Inteligencia
 - Escala de Inteligencia Wechsler (Wppsi).
 - Escala de Inteligencia Wechsler (Wppsi III).
 - Escala de Inteligencia Para Niños (Wisc-III).
 - Escala de Inteligencia Para Niños (Wisc-IV).
 - Test de Matrices Progresivas para adultos (Raven).
 - Escala de Inteligencia Para Adultos (Wais-III).
 - Test de Matrices Progresivas para niños (Raven).
- Personalidad
 - Test de La Figura Humana De Karen Machover
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMII-III
 - Test de la persona bajo la lluvia
 - Test de Frases Incompletas de Forer
 - Test de Frases Incompletas de Sacks
 - Inventario de Personalidad de Eysenck Forma A
 - Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B
 - Test de Rorschach
 - Test del Rosal
 - Cuestionario 16PF (Catell)

- Escala de Ansiedad y Depresión De Zung
- Prueba de Distorsiones Cognitivas
- Orientación vocacional
 - Inventario de Intereses Profesionales y Ocupacionales (CASM- 83)
 - Inventario de Intereses y Preferencias Vocacionales (IPP)
 - Inventario de Hábitos de Estudio (CASM-85)
- Chequeo conductual
 - Lista de Carencias y Excesos Conductuales
- Escalas de diagnóstico (varios)
 - Test de Autoestima para Niños – Coopersmith
 - Test de Autoestima para Adultos
 - Escala de Depresión para Niños (C.D.S.)
 - Escala de Apreciación del Estrés (E.A.E.)
 - Escala de Habilidades Sociales (E.H.S.)
 - Escala Multidimensional de Asertividad (E.M.A)



CAPITULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

3.1 Teoría y la práctica en el desempeño profesional

3.1.1 Criterios para fundamentar el diagnóstico

Criterios generales de los Trastornos de la Personalidad

Para clasificar a una persona con un cuadro de un trastorno de la personalidad, primeramente, y como base debe cumplir con gran parte de estas características generales de los trastornos de la personalidad. Subsiguientemente, se identifica y descarta las características de cada trastorno de manera detallada; lo cual en el caso clínico se vio reflejado que cumple con los criterios generales y detectando de manera específica diagnosticándose, como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, lo cual se dará con más detalle. En general, los criterios generales son los siguientes:

G1. La forma de ser propia de la persona y su manera permanente de comportarse y vivenciar, se desvía de manera importante, de las normas esperadas y aceptadas de la cultura propia, dicha desviación se puede manifestar en más de una de las siguientes áreas:

- 1- Cognición (por ejemplo, de percepción e interpretación sobre las personas, acontecimientos y cosas, es decir, en el desarrollo de la autoimagen o la imagen de los demás).
- 2- Afectividad (intensidad, rango y adecuación de la respuesta emocional y la afectividad).
- 3- Satisfacción de los deseos, así como del control de los impulsos.
- 4- Manera como se interrelaciona con las otras personas y maneja las situaciones de carácter interpersonal.

G2. La desviación debe evidenciarse de forma generalizada como una conducta rígida y desadaptativa, produciendo interferencia en una gama amplia de situaciones sociales y personales.

G3. Se produce malestar general, como efecto negativo en el contexto social o ambos, atribuibles claramente al comportamiento descrito en el criterio G2.

G4. Evidencia de que dicha desviación es estable y de duración larga, con comienzo en la adolescencia o al final de la infancia.

G5. La desviación no puede ser explicada como producto o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. Sin embargo, pueden producirse condiciones crónicas o agudas que se recogen en las categorías F00-F59 o F70-F79 de la clasificación CIE-10, que coexisten o se superponen a la misma.

G6. La alteración no es debida a enfermedad del sistema nervioso central, disfunción o traumatismo cerebral (si se demuestre una causa que sea orgánica, se empleará la categoría F07).

Estos fueron tomados de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS” (CIE-10), donde se define el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, como un trastorno de personalidad donde hay una predisposición marcada para actuar de forma impulsiva, sin tomar en cuenta las consecuencias; asimismo el estado de ánimo es caprichoso e impredecible; existiendo predisposición a episodios de violencia, ira y arrebatos, no pudiendo controlar las conductas explosivas propias. Además, hay predisposición a tener una conducta pendenciera y a tener conflictos con las otras personas; en particular, cuando los actos impulsivos propios son censurados o impedidos. El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es definido, puede ser de tipo impulsivo o límite. (OMS, 2000).

El tipo límite es una afección donde una persona tiene patrones prolongados de emociones inestables o turbulentas, se caracterizan por tener dificultad en la regulación de las emociones, provocando cambios marcados en el estado de ánimo, relaciones interpersonales inestables, problemas de autoimagen, sentimientos crónicos de vacío, tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo gestos e intentos de suicidio (OMS, 2000).

En el caso del, tipo impulsivo exhibe falta de control de los impulsos, inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y al estrés, comportamientos agresivos, relaciones interpersonales inestables e intensas (OMS, 2000). A continuación, se presentan los criterios específicos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo impulsivo, debido a que es este el diagnóstico del caso clínico presentado.

Criterios específicos

Según el CIE-10, el paciente con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, debe presentar por lo menos tres de los criterios siguientes:

1. Predisposición marcada a comportarse de forma inesperada y sin concientizarse de las consecuencias.
2. Marcada predisposición a tener una conducta pendenciera y a tener conflictos con las otras personas, en particular cuando los actos impulsivos son censurados o impedidos.
3. Tendencia a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener duraderas actividades que no brinden recompensa inmediata.
5. Humor caprichoso e inestable.

3.1.2 Fundamentos históricos y científicos sobre el trastorno de inestabilidad emocional

En la antigüedad, algunos teóricos como Homero, o Hipócrates describieron, cómo algunos individuos estaban sujetos a cambios inconsistentes del estado de ánimo, dolor, melancolía, ira, tristeza, depresión, y manía. En la edad media, no hubo avances en esta materia, sino hasta el renacimiento siendo Bonet en el año 1684, el primer teórico que revitaliza la noción de la covariación entre estados de ánimo errático e impulsivo en un único síndrome, denominándolo folie maniaco-mélancolique (González, Díaz, Fuentenebro, López y Carrasco, 2016).

Schacht y Herschel reforzaron las observaciones de Bonet, en el Siglo XVIII, añadieron una periodicidad rítmica de estos altibajos. Baillarger y Jean-Pierre Falret en el año 1854, compilaron 30 años de trabajo con pacientes suicidas y depresivos, de estos estudios obtuvieron que, un grupo reducido de estos pacientes no tenían los patrones ordinarios maníaco-depresivos y que no podían ser asignados con plena seguridad dentro de los diagnósticos de neurosis ni en el espectro psicótico. En este sentido, conociendo estos antecedentes, es a principios del siglo XIX que el trastorno de inestabilidad emocional fue reconocido por la sociedad de psiquiatría, y evolucionando en su concepción, hasta las posturas contemporáneas y ha pasado a diagnosticarse de forma cada vez más habitual y a edades más tempranas (González et al., 2016).

Actualmente, se concibe el trastorno de inestabilidad de la personalidad como un trastorno donde hay una predisposición marcada para actuar de forma impulsiva, sin tomar en cuenta las consecuencias; asimismo el estado de ánimo es caprichoso e impredecible. Existiendo predisposición a episodios de violencia, ira y arrebatos, no pudiendo controlar las conductas explosivas propias. Además, hay predisposición a tener una conducta pendenciera y a tener conflictos con las otras personas, en particular cuando los actos impulsivos propios son censurados o impedidos. El tipo impulsivo, presenta falta de control de los impulsos, inestabilidad emocional, tiene sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales inestables e intensas, conducta autodestructiva y tendencia al suicidio (Fernández, 2017).

Asimismo, las personas con trastorno de inestabilidad de la personalidad, experimentan cambios de humor y pueden mostrar incertidumbre sobre su rol en el mundo y la manera de cómo se ven a sí mismos, además, otra de las particularidades de estos pacientes es que cambian rápidamente sus valores, intereses, y opinión sobre los demás y tienden a ver las cosas de forma extrema, lo que trae como consecuencia problemas en las relaciones interpersonales y acciones impulsivas (Fernández, 2017).

Es importante destacar que los episodios de ansiedad, ira y depresión que experimentan este tipo de pacientes, pueden tener duraciones fluctuantes desde horas hasta días. Generalmente, la sintomatología puede aparecer durante la adolescencia o el principio de la adultez, sin embargo, cabe resaltar que los primeros síntomas de la enfermedad pueden suceder en la infancia. No todas las personas con trastorno de inestabilidad de la personalidad experimentan la totalidad de los síntomas, sino que, algunos experimentan pocos síntomas, y otros muchos. Estos pueden desencadenarse por circunstancias de la vida cotidiana, igualmente los pacientes con este trastorno pueden angustiarse y enojarse por separaciones cortas como viajes de personas cercanas, también por alguna palabra o gesto de personas a su alrededor, si no les dan la razón en algo, entre otros. Sobre la causa de este trastorno, no existe una seguridad al respecto, los estudios refieren que pueden intervenir, la genética, el medio ambiente y la sociedad (Ebner, Santangelo y Bohus, 2016).

- Factores genéticos. Los pacientes que tienen un familiar directo (como un padre o un hermano) con el trastorno pueden tener un riesgo mayor de desarrollar un trastorno de la personalidad o rasgos de desorden de personalidad (como impulsividad y agresión).

- Factores cerebrales. Las personas con trastorno de la personalidad pueden poseer cambios funcionales y estructurales en el cerebro; fundamentalmente, en las áreas que controlan los impulsos y la regulación emocional. Pero no está claro, si dichos cambios son factores de riesgo para el trastorno, o causados por el trastorno.
- Factores ambientales, culturales y sociales. Muchos pacientes con problemas de trastornos de personalidad refieren que han experimentado eventos traumáticos en su vida, como abuso, abandono o la adversidad durante la niñez. Otros, pueden haber estado expuestos a relaciones inestables y conflictos hostiles.

Aunque estos factores pueden aumentar el riesgo de una persona, no significa que la persona desarrollará un trastorno de inestabilidad de la personalidad de manera directa. De tal forma, puede haber pacientes sin estos factores asociados que desplegarán un trastorno de inestabilidad de la personalidad, en su vida (Ebner et al., 2016).

Por otra parte, el diagnóstico debe ejecutarlo un profesional, basado en una evaluación exhaustiva y un análisis de los síntomas. Para luego, establecer el tratamiento indicado, a continuación, se presentan algunas alternativas que pueden contribuir para ayudar a un paciente con este tipo de trastorno (Ebner et al., 2016).

Una de las más frecuentemente utilizadas es la psicoterapia, se puede proporcionar uno a uno entre el terapeuta y el paciente o en un grupo. Las sesiones de grupo dirigidas por terapeutas pueden ayudar a enseñar a las personas con problemas como el desorden de la personalidad a cómo interactuar con otros y expresarse de manera efectiva. Dos ejemplos de psicoterapias utilizadas para tratar el trastorno de inestabilidad de la personalidad, incluyen:

Terapia de comportamiento dialéctico (DBT) es un tipo específico de psicoterapia cognitivo-conductual, desarrollada a fines de la década de 1980 por la psicóloga Marsha M. Linehan, para ayudar a tratar mejor el trastorno límite de la personalidad. Desde su avance, también se ha empleado para el tratamiento de otros trastornos psicológicos. Emplea los conceptos de atención y aceptación del estado emocional y de la actual situación. Se puede decir que la DBT, posee dos principales componentes: las sesiones de psicoterapia semanales individuales que enfatizan la conducta de resolución de problemas de la semana pasada que surgieron en la vida de la persona. Y sesiones semanales de terapia grupal, donde se enseñan la efectividad interpersonal, habilidades de aceptación de la realidad, la tolerancia a la angustia, las habilidades de atención plena y la regulación de las emociones.

Terapia de comportamiento cognitivo (CBT), se enfoca en transformar pensamientos disfuncionales, emociones, y comportamientos al interrogar y desarraigar creencias negativas o irracionales. Es considerada una forma de terapia de conversación "orientada a soluciones", se cimienta en el postulado de que las percepciones y los pensamientos tienen influencia en la conducta, concentrándose en que sentirse angustiado, en algunos casos, puede deformar la percepción de la realidad. Cabe destacar, que tiene como finalidad distinguir los pensamientos dañinos, evaluar si son una descripción precisa de la realidad y, si no lo son, emplear estrategias para desafiarlos y superarlos. La CBT fue fundada por el psiquiatra Aaron Beck en la década de 1960. Es apropiada para personas de todas las edades, incluidos niños, adolescentes y adultos. Se ha acumulado evidencia de que puede tratar numerosas enfermedades, como el trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastornos post- traumático de estrés, trastornos de personalidad, de la alimentación, obsesivo-compulsivo, entre otros.

Cabe destacar, que los medicamentos no suelen utilizarse como tratamiento principal para estos trastornos de personalidad debido a que los beneficios no están claros. No obstante, en casos particulares, un psiquiatra puede indicar medicamentos, para mejorar la sintomatología, como los cambios de humor, la ansiedad, entre otros. La terapia familiar, también se utiliza para que los familiares los pacientes, se expongan a situaciones de estrés, y actúan a veces, por desconocimiento de forma que empeoran los síntomas de su pariente. En este sentido, algunas terapias incluyen a los familiares en las sesiones. Otras terapias, se centran en ayudarles a comprender los obstáculos y estrategias para el cuidado de alguien con un trastorno de este tipo (Ebner et al., 2016).

3.1.3 Pensamientos automáticos y técnicas empleadas para identificarlos

Los pensamientos automáticos son un concepto cognitivo-conductual, precisado como la actividad mental que ocurre como respuesta a un desencadenante que puede ser una acción o evento. Estos simplemente aparecen, son automáticos en la mente sin un pensamiento consciente. Los pensamientos automáticos pueden ser positivos en algunas ocasiones; por ejemplo, una persona va manejando un automóvil y empieza a llover mucho, de forma automática piensa debo tener cuidado, lo que genera sentimiento de ansiedad que hace que conduzca con más precaución (McKay, Davis y Fannig, 1985).

No obstante, los pensamientos automáticos también podrían causar efectos contraproducentes para las personas que tienen trastornos psicológicos, porque generalmente llevan todo a los extremos e interpretan, de forma errónea, muchas veces lo que sucede a su alrededor; por ejemplo, una persona con ansiedad ve a un amigo fruncir el ceño en su dirección, de forma inmediata puede pensar “esa persona me odia” produciéndole, un sentimiento de ansiedad o incluso actuar de forma impulsiva. Pensamientos como este son innecesarios y dañinos, la persona que estaba frunciendo el ceño solo podía tener algún malestar, o calor (McKay et al., 1985). Algunas características de los pensamientos automáticos son las siguientes:

- Aparecen en taquigrafía, incluso podría ser un pensamiento automático compuesto por una frase breve, como "no puedo soportarlo", "estúpido" o "nada bueno".
- Casi siempre se cree, incluso cuando parecen completamente “ilógicos”, se tiende a creer realmente en su validez y poder.
- Es experimentado como espontáneo, se tiende a creer francamente estos pensamientos distorsionados porque son muy automáticos, tal vez incluso inadvertidos.
- Tendencia a "horrorizar", estos son los pensamientos automáticos que llevan a ver el peligro a cada paso y a predecir una catástrofe.
- Temas persistentes, dependiendo de las circunstancias individuales y personalidad, se tienen diferentes "temas" para los pensamientos automáticos.

En este sentido, la intervención psicológica se centra en los patrones de los pensamientos automáticos que hacen que las personas se sientan ansiosas, deprimidas o actúen de manera impulsiva, se enfoca en modificar estos patrones y discernir de cómo ocurren y pueden ayudar a tratar los problemas emocionales. Algunas técnicas para identificar los pensamientos automáticos son las siguientes (McKay et al., 1985).

Prestar atención a los pensamientos automáticos. Reside en la reproducción de la situación problemática, repasándola varias veces en la imaginación, hasta que emerge la emoción que produce la ansiedad, se detalla cada emoción, cada frase, y las interpretaciones que se dan. Asimismo, se hace el ejercicio de desarrollar la frase taquigrafiada, completando la original; por

ejemplo, loco, puede ser “me esto volviendo loco”; por lo tanto, hay que escuchar la frase entera para encontrar la lógica y que surjan las emociones.

- **Diario de pensamientos.** Sirve para apreciar el poder que tienen los pensamientos automáticos y su efecto en la emocionalidad. Es importante destacar, que esta técnica se basa en escribir un registro de los pensamientos automáticos; por ejemplo, puede contener los siguientes puntos: hora, emoción, situación, pensamientos automáticos, porcentaje de verdaderos ahora y de verdaderos al acostarse. Visto que al acostarse la persona debe revisar el registro más calmada, ya con otra apreciación posiblemente, esto ayuda a tomar conciencia y reconocer y reducir los pensamientos que producen emociones dolorosas o impulsivas.

3.1.4 Pensamientos deformados y técnicas empleadas para identificarlos

Son perspectivas sesgadas que se asumen sobre la persona misma y las condiciones que lo rodea. Son pensamientos y creencias irracionales que, sin darse cuenta, se van reforzando con el tiempo. Estos sistemas y patrones de pensamiento frecuentemente son sutiles, haciendo difícil reconocerlos cuando son una característica habitual de los pensamientos diarios. Pudiendo ser muy dañinos, porque es difícil modificar lo que no se reconoce como algo que se necesita cambiar (Courtney, 2020).

Las distorsiones cognitivas o pensamientos deformados se presentan de muchas formas, pero todas tienen algunas cosas en común, como que son: tendencias o patrones de pensamiento o creencia, falsos o inexactos y tienen el potencial de causar daño psicológico. Los tipos de pensamientos deformados, son los siguientes (Courtney, 2020):

- **Pensamiento polarizado,** se manifiesta como una incapacidad o falta de voluntad para ver sombras de gris. En otras palabras, las cosas son percibidas en términos de extremos.
- **Sobregeneralización,** toma una instancia o ejemplo y lo generaliza a un patrón general. Por ejemplo, un alumno puede recibir una C en una prueba y concluir que es un fracaso, se enfoca en una sola pieza negativa de información y excluye todas las positivas.
- **Adivinación,** es la tendencia a sacar predicciones y conclusiones basadas en poca o ninguna evidencia y considerándolas la verdad.

- Filtro mental, se enfoca en una sola pieza de información negativa y excluye todas las positivas. Puede fomentar una visión decididamente pesimista.
- Descalificación de lo positivo, reconoce las experiencias positivas pero las rechaza en lugar de abrazarlas. Esta es una distorsión especialmente dañina, ya que puede facilitar la continuación de patrones negativos incluso frente a una fuerte evidencia de lo contrario.
- Llegar a conclusiones: lectura mental, se revela como la inexacta creencia de saber lo que el otro está pensando. Por supuesto, es posible tener una idea de lo que piensan otras personas, pero esta distorsión se refiere a las interpretaciones negativas.
- Ampliación (catastrofización) o minimización, implica exagerar o minimizar el significado, la importancia o la probabilidad de las cosas.
- Razonamiento emocional, es la aceptación de las emociones propias como un hecho. Se puede describir como " Lo siento, entonces es verdad". por ejemplo, podemos ponernos celosos y pensar que nuestra pareja siente algo por otra persona, pero eso no lo hace cierto.
- Personalización, implica tomar todo personalmente o culparse a sí mismo sin ninguna razón lógica para creer que se tiene la culpa.
- Siempre tener la razón, es la creencia de que siempre se debe tener la razón.
- Falacia de la recompensa divina, se manifiesta como la creencia de que las acciones, el sufrimiento y el trabajo duro darán como resultado una recompensa justa.
- Deberían, es la propensión a hacer declaraciones de "debería". Las declaraciones deben ser declaraciones que se hace a sí mismo sobre lo que "debería" hacer, lo que "debería" hacer o lo que "debe" hacer. También, se pueden aplicar a otros, imponiendo un conjunto de expectativas que probablemente no se cumplirán.
- Etiquetado, es la emisión de juicios de valor a la persona misma o a otros en función de una instancia o experiencia. El etiquetado incorrecto se refiere a la aplicación de un lenguaje altamente emocional, cargado e inexacto o irrazonable al etiquetar.

- Falacia de la equidad, es juzgar cada experiencia con imparcialidad percibida ha caído en esta falacia, y probablemente sentirá ira, resentimiento y desesperanza cuando inevitablemente se encuentre con una situación que no es justa.
- Falacia del cambio, implica esperar que otros cambien si los presionamos o alentamos lo suficiente. Esta distorsión suele ir acompañada de la creencia de que la propia felicidad y éxito descansan en otras personas, lo que lleva a creer que obligar a quienes los rodean a cambiar es la manera de lograr lo que se quiere.

Es importante señalar algunas técnicas que se emplean para la identificación de los pensamientos deformados que a continuación se explican (Courtney, 2020):

- Ficha sobre distorsiones cognitivas, debido a que primero se deben identificar las distorsiones con las que lucha antes de poder intervenirlas de manera efectiva, este recurso es imprescindible. La ficha sobre distorsiones cognitivas enumera y describe varios tipos de distorsiones cognitivas para ayudar a determinar con cuáles podría estar lidiando el paciente.
- Registro automático de pensamientos, es una hoja de trabajo que ayuda a identificar y comprender sus distorsiones cognitivas, busca que el paciente responda a ¿Qué llevó a este evento? ¿Qué causó los sentimientos desagradables que estoy experimentando?

3.1.5 Manejo de las emociones e impulsos

-Las emociones

El origen etimológico de la palabra emoción, es del latín *emovere* que representa agitar, excitar o remover. Una emoción se precisa como un complejo estado del organismo determinado por una excitación que induce a una respuesta organizada. Habitualmente las emociones son generadas como una respuesta a un suceso externo o interno; en ellas se envuelven diferentes aspectos como: estímulos desencadenantes, mecanismos fisiológicos, aspectos subjetivos y funciones adaptativas (Ekman, 2017).

Asimismo, las dimensiones de las emociones son el tono negativo/positivo de la experiencia como factor motivacional, la intensidad de la reacción (fisiológica, consciente, o conductual) y la duración temporal (duradera o breve). En cuanto a la temporalidad, la emoción

suele ser de poca duración, pero ser intensa. En la figura 3 se muestran algunos factores afectivos en relación a su duración:

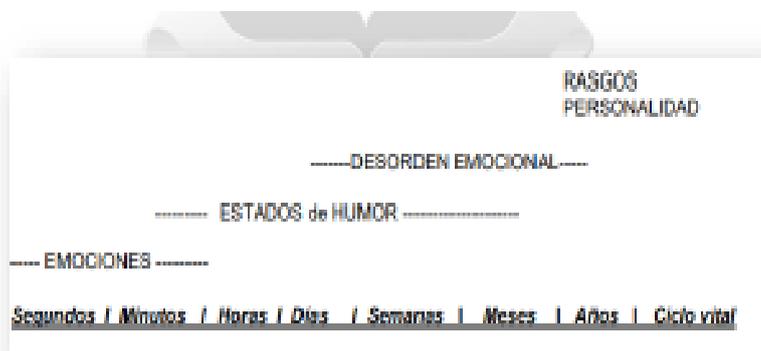


Figura 3. Factores afectivos en relación a su duración. Fuente: Delgado (2010).

El estado de ánimo se concibe como una situación más apagada y difusa, como una pequeña parte que queda de la emoción y, generalmente, es más duradera, visto que puede persistir desde unas horas incluso semanas. El modo de ser o personalidad es algo estable, compuesto por lo genético y por toda la experiencia vivida; conlleva una propensión mayor a unas emociones que a otras; puede ser modificado, pero hay un núcleo que permanece (Delgado, 2010).

Como se puede apreciar, las emociones son un factor explicativo determinante en el comportamiento humano y tienen un papel central en el sistema cognitivo ocupando un "estatus privilegiado" en el cerebro, siendo la mayoría de los mecanismos psicológicos necesarios para la emoción como tal, o influenciado por la emoción o involucrado en la regulación de las emociones (Delgado, 2010).

Son muchos los teóricos que han estudiado las emociones, la primera teoría emocional científica fue propuesta por William James en 1884 y Carl Lange en 1885, dicha concepción teórica fue objeto de gran controversia sobre los mecanismos garantes de la puesta en marcha sentimiento emocional, denominado el "problema de la secuencia". De acuerdo con James y Lange, lo que anteriormente se consideraban como la consecuencia de una emoción, en realidad es la causa (Niedenthal, 2017).

Según ellos, la estimulación de una emoción particular está determinada por la percepción de un patrón de excitación periférico específico; es decir, experimentamos miedo porque estamos temblando. Hay que subrayar que, según James, esta definición de la emoción sólo se aplica a las emociones que acompañan a una "reacción física específica" y no a todas las emociones. En 1885, Lange resumió el problema de su teoría de la siguiente manera: ¿Si empiezo a temblar porque estoy amenazado por una pistola, primero un proceso físico se produce dentro de mí, surge el terror, es lo que causa mi temblor, la palpitación del corazón, y confusión de pensamiento; o son estos fenómenos corporales producidos directamente por la causa aterradora, de modo que la emoción consiste exclusivamente en las perturbaciones funcionales de mi cuerpo? (Niedenthal, 2017).

En contraste con esto, el llamado enfoque "centralista" de la emoción, apoyado por Cannon y Bard (1938), considera que el desencadenamiento de una emoción específica, está determinado por el procesamiento de un estímulo en el sistema nervioso "central", sin que el patrón de excitación periférica sea específico ni causal. Esta teoría, por lo tanto, destaca la importancia del sistema nervioso central, específicamente, el tálamo en la activación de una determinada emoción. Como tal, los cambios fisiológicos no se consideran una causa, sino más bien una consecuencia de la emoción (Niedenthal, 2017).

Por su parte, Schachter y Singer propusieron la teoría bifactorial, la cual señala que, una emoción está determinada por la interacción dos componentes: una excitación fisiológica y una cognición relativa al reconocimiento de la situación que desencadena. Como tal, la excitación física se considera indiferenciada por naturaleza, difusa y no específica de una emoción para determinar la intensidad, pero no la calidad. Los teóricos escribieron que, es la cognición que determina si el estado fisiológico de excitación será etiquetado como "ira", "alegría", "miedo" u otra emoción. Por lo tanto, Schachter y Singer comparten la idea de James-Lange de que es necesaria una excitación fisiológica para que se produzca una emoción, mientras que también está de acuerdo con Cannon-Bard en que los cambios fisiológicos no son específicos de una emoción en particular (Niedenthal, 2017).

Posteriormente, fueron surgiendo las teorías básicas de las emociones, como las evolucionistas, centradas en la conducta, pero no en los sentimientos, destacan que las emociones son sistemas motivaciones primarios que son reacciones adaptativas aprendidas o heredadas, algunos de sus precursores son Tomkiss, Izard, y Plutchik. Por otra parte, las teorías socio-conductuales describen que las emociones son respuestas condicionadas y son el resultado de

diferentes reforzadores, existiendo tres emociones básicas: la ansiedad, la ira y la alegría. Sus principales teóricos son Watson y Millenson. Adicionalmente, se destacan los planteamientos de las teorías cognitivas, los cuales señalan que las emociones ocurren después que el estímulo se ha percibido y evaluado. Los sujetos evalúan las situaciones en términos de buenas/malas; positivas/negativas, dicha evaluación provoca la actividad fisiológica como una tendencia inmediata de acercamiento o evitación. Algunos de sus representantes son Arnold, Lazarus, Weiner, entre otros (Ekman, 2017).

A nivel general, psicológicamente, las emociones afectan la atención, hacen remontar de rango ciertos comportamientos del individuo; asimismo, activan relevantes redes asociativas en la memoria, siendo los sentimientos un resultado de las emociones. Fisiológicamente, el conjunto de emociones rápidamente organiza las respuestas de distintos sistemas biológicos, donde interviene la liberación de neurotransmisores u hormonas. Conductualmente, establecen la visión de las personas con respecto al entorno, y alejan o atraen hacia ciertas ideas, acciones, personas, objetos, entre otros. Las emociones pueden ser depósito de influencias aprendidas y/o innatas y además, tienen ciertas particularidades invariables y otras que poseen cierta variación entre personas, grupos y culturas (Niedenthal, 2017).

-La impulsividad

La impulsividad es un constructo de comportamiento que abarca una amplia gama de lo que a menudo se consideran conductas de inadaptación. A su vez, es un concepto multidimensional que se ha definido de diversas maneras como, la incapacidad de espera, una tendencia a actuar sin premeditación, insensibilidad a las consecuencias y una incapacidad para inhibir comportamientos inapropiados (Stahl et al., 2014).

Actualmente, los estudios sobre la impulsividad, no tienen una definición explícita de impulsividad, asimismo, hay divergencias entre los diferentes métodos para evaluar la impulsividad que se hace más evidente cada vez. Un aspecto, importante y conocido es que, en los trastornos de inestabilidad emocional, la impulsividad es un criterio de diagnóstico importante y juega un papel esencial en los modelos de neurocomportamiento de la enfermedad, y los pacientes muestran una elevada impulsividad autodeclarada (Stahl et al., 2014).

Cabe destacar que, la impulsividad se caracteriza por la incapacidad de inhibir un impulso potencialmente peligroso para el individuo o los demás alrededor. Se considera que el control de los impulsos es un componente importante de las funciones ejecutivas y juega un papel significativo en el funcionamiento social y personal. Considerando el funcionamiento social como aspecto de la impulsividad, se refiere a un comportamiento aprendido que se forma dentro de la familia. En la familia, los niños aprenden a reaccionar inmediatamente para lograr lo que desean; por lo tanto, los individuos impulsivos carecen de la habilidad de evaluar las consecuencias de sus acciones, ya sea para ellos mismos o para los demás (Bakhshani, 2014).

Las facetas centrales de la impulsividad son al menos tres, el control del estímulo, interferencia proactiva (es decir, representación mental), e interferencia de respuesta: el comportamiento dirigido a un objetivo puede ser interferido por los estímulos del ambiente, por representaciones de estímulos en la memoria, o por activación involuntaria o tendencias de respuesta prepotentes (Bakhshani, 2014).

En general, la impulsividad es el síntoma de algunos trastornos, como el trastorno de hiperactividad, los trastornos de la personalidad, la depresión, y trastorno de ansiedad. El CIE-10, la impulsividad posee un aspecto de desinhibición, y considera una reacción inmediata a los estímulos, la reacción imprevista en el momento o sin tener en cuenta sus consecuencias que, causan comportamientos autodestructivos y confusión emocional (Stahl et al., 2014).

-Manejo de las emociones e impulsos

Es esencial para el funcionamiento individual y social, poder controlar las emociones e impulsos, esto ha sido motivo de una amplia investigación en variedad de contextos, incluyendo la psicología clínica, la cognición, psicología del desarrollo, neurogenética, psicofarmacología, psicología social y otros (Stahl et al., 2014).

Cuando no se controlan las emociones e impulsos, hay una incapacidad de resistir un impulso o emoción, lo que es algo potencialmente perjudicial para para la persona y los que lo rodean, y en gran nivel. se considera una característica esencial de varios trastornos psicológicos y psiquiátricos (Stahl et al., 2014).

El control puede concebirse los procesos que permiten a los individuos decidir sobre un conjunto de objetivos a largo plazo y lograr mantener y perseguir estos objetivos sin ser

interrumpidos por la interferencia de emociones e impulsos, siendo importante, los procesos de motivación que contribuyen a la selección de objetivos y alcance de los mismos (Stahl et al., 2014).

En este sentido, para que el control de los impulsos y emociones tenga éxito es necesario que se produzca la interacción de varios procesos diferentes en distintas etapas del ciclo de percepción-acción, o en diferentes niveles de la cognición. Algunos de esos procesos son la motivación, la capacidad de resolver conflictos, la respuesta-distracción, y la toma de decisiones, entre otros (Stahl et al., 2014). Para profundizar más en este proceso del manejo de emociones e impulsos se especifican técnicas empleadas para su trabajo psicológico:

Autoasistencia psicológica: Es una técnica creada por Norberto Levy, desarrollada para enseñar a los pacientes de un modo resolutivo a relacionarse con lo que él denomina sombra, que es aquello que no le agrada a una persona de sí mismo, dándole recursos y potenciando ese deseo de cambiar. Se emplea mucho en personas con problemas de impulsividad y con poco control de las emociones (Levy, 2016). La terapia se produce siguiendo los siguientes pasos:

- 1) Identificación del aspecto psicológico denominado como sombra.
- 2) Reconocimiento de ese aspecto, y consecuencias en la persona. Así como, el deseo del cambio.
- 3) Percepción de la forma en que se intenta transformar ese aspecto.
- 4) Hacer el ejercicio, donde se observe la sombra y se experimenten las emociones entorno a ella.
- 5) Desplegar el diálogo interior
- 6) Facilitar la transformación de interacciones antagónicas.

Por otra parte, Norberto Levy, además resalta, en el desarrollo de sus postulados, que aprender constructivamente a enojarse es una conquista de las personas, así graduar la reacción es una conquista evolutiva que, es resultado de la ejercitación, en lo cotidiano indagando en las necesidades y emociones que subyacen a los enojos (Levy, 2016).

Técnicas de relajación progresiva: El Dr. Edmund Jacobson inventó esta técnica en la década de 1920, como una forma de ayudar a los pacientes a lidiar con la ansiedad, postulando que al relajar los músculos también podría relajarse la mente. La técnica radica en tensar algunos músculos mientras se mantiene relajado el resto del cuerpo y posteriormente se libera la tensión (Legg, 2014).

También se conoce como terapia de relajación progresiva, se concentra en áreas específicas y busca que el paciente se vuelva más consciente de las sensaciones corporales y de su cuerpo. Contribuye con el alivio de la ansiedad, el manejo de las emociones, entre otros (Legg, 2014).

Técnica de la silla vacía: Es un método de terapia Gestalt creado por Fritz Perls, para facilitar el diálogo de toma de roles entre los pacientes y otros o entre partes de la personalidad del paciente. Generalmente, se utiliza en grupo, se colocan dos sillas enfrentadas: una representa la paciente o un aspecto de la personalidad del paciente, y el otro representa a otra persona o la parte opuesta de la personalidad (Perls, 2000).

Mientras que el paciente cambia el papel, se sienta en una o la otra silla. El terapeuta puede simplemente observar mientras el diálogo progresa o puede instruir al paciente cuando debe cambiar de silla, sugerir frases, o pedirle al paciente que repita o exagere palabras o acciones (Perls, 2000).

En el proceso, las emociones afloran y se evocan conflictos, se pueden producir y resolver atolladeros, la integración y la conciencia y de polaridades puede desarrollarse - polaridades o divisiones dentro del paciente, entre el paciente y otras personas, o entre los deseos del paciente y las normas sociales (Perls, 2000).

Técnica del darse cuenta: Es una técnica de psicoterapia Gestalt, que señala que la conciencia es un elemento importante, es como un sello de la persona sana y un objetivo de tratamiento. Cuando los individuos son "conscientes", son capaces de autorregularse en su entorno. Hay dos causas principales: sin conciencia y baja autoestima (Bello, 2020). Hay tres formas en que las personas pueden lograr la conciencia a través de la terapia:

- 1) Contacto con el medio ambiente, a través de mirar, escuchar, tocar, hablar, mover, oler y probar. Esto permite al individuo crecer en su entorno mediante la reacción al medio ambiente y los cambios.
- 2) Aquí y ahora, ayuda al individuo a vivir y ser consciente en el momento presente en lugar de preocuparse por el pasado o el futuro.
- 3) Responsabilidad, esto se refiere a que paciente tome la responsabilidad de su propia vida en lugar de culpar a los demás.

3.2 Acciones, metodologías y procedimientos

Se presenta detalladamente el caso clínico de una paciente, con la cual se trabajó y se ha seleccionado por ser un caso emblemático y uno de mis primeros casos lo cual pude identificar y detectarlo como un trastorno mental; y eso fue gratificante, además de poder abordarlo hasta la intervención terapéutica. Asimismo, se fundamentó teóricamente, el trastorno diagnosticado, luego de la observación, entrevista, historia clínica y evaluación de psicología clínica respectiva.

3.2.1 Caso Clínico

I. Datos de filiación:

Apellidos y Nombre: P.R.C

Sexo: Femenino

Edad: 29 años

Lugar de Nacimiento: Lima

Fecha de Nacimiento: 27/ 12/ 1990

Estado civil: Soltera

Nº de hijos: Ninguno

Religión: Católica

Formación académica: Técnico

Distrito de residencia: La Victoria

Número de hijos: 0

Numero de hermanos: 2

Orden entre hermanos: 1ra

Examinador: Cintya Ramos Salas

Supervisor: Mg. Oscar Calle Briolo

Fecha de evaluación: 28 /03 / 2019- 30/ 03/ 2019

Fecha de informe: 01/ 04 / 2019

Técnicas utilizadas:

-Observación Psicológica

-Entrevista



-Anamnesis

Instrumentos utilizados :

-(MCMI-III) Inventario Clínico Multiaxial de Millon

-Test de la Figura Humana de Karen Machover

-Test Persona Bajo la Lluvia

- Distorsiones Cognitivas

II. Motivo de evaluación:

La paciente evaluada verbaliza que presenta dificultades para controlar sus impulsos y medir las consecuencias que todo esto le ocasiona. Manifiesta: “desde mi adolescencia es que despierto este carácter violento. Con mi segunda pareja todas las veces que salimos, peleamos, discutimos; llegando hasta los golpes. Por esa razón, decido terminar esta relación”. Luego de un tiempo, empieza otra relación con una pareja, con la cual estuvo 3 años pero no funcionó por las peleas constantes que tuvieron, él decidió terminar la relación. La examinada refiere, “el realmente me quería tal cual era me aceptaba pero me dijo que ya no soportaba más mi comportamiento impulsivo y las palabras hirientes que le decía, él me dijo que necesitaba ayuda psicológica y me enfurecí más pero el solo se marchó y me dejo hablando sola, con toda la cólera que estaba en ese momento entre a mi cuarto y empecé arrojar las cosas que estaban a mi alcance como zapatos, ropa y entre otros objetos”. Explica también, “cuando me molesto, boto todas las cosas, grito e intento golpear; también me pasa a veces este problema con mi familia, amigos y en el trabajo pero trato de controlarme y contenerme; sin embargo, reflejo la cólera y malestar en mi rostro”.

III. Observaciones generales:

La examinada es de sexo femenino, de contextura gruesa, altura de 1.59 aproximadamente, tez trigueña, cabello de color rubio-ondulado y largo, labios gruesos, ojos marrones y medianos. Aparenta su edad cronológica, mantiene un lenguaje rápido y tono de voz grueso, sus rasgos faciales mostraron emociones que oscilaban entre cólera, rabia y tristeza. En cuanto a la vestimenta, lleva pantalón azul, polera negra y botas marrones. La entrevista se desarrolla en el consultorio para adultos, la iluminación es apropiada, no hay ruido que interrumpa la entrevista. La paciente durante las evaluaciones está sentada, presenta una postura

erguida, en algunas ocasiones mueve los pies, se mostró colaboradora y logró responder todas las preguntas, sin ningún problema.

IV .Anamnesis:

- Historia Personal:

4.1 Pre-Natal:

La paciente relata que el embarazo de su madre fue parto normal, no presentó problemas en el desarrollo de la gestación, nace a los 9 meses y permanece corto tiempo en la incubadora. Por otro lado, fue deseada por los padres; sin embargo, no tuvo acompañamiento por parte del padre en el embarazo puesto que estaba trabajando y no logró llegar en ese momento.

4.2 Infancia:

Aprendió a gatear a los 5 meses, luego empezó a pararse con apoyo de su madre a los 8 meses y a los 10 meses lo hizo sin apoyo, después comenzó a caminar al año de edad, Sus primeras palabras fueron “ma” “mama”, usó pañal hasta los 2 años, y a los 3 años de edad aprendió a controlar sus esfínteres.

4.3 Escolaridad:

Ingresó al jardín a los 5 años, fue una niña aplicada, su interacción con los demás fue adecuada y fluida, le gustaba compartir con sus compañeros. La matricularon en el Colegio Isabel La Católica en el distrito de La Victoria en la cual llevó primaria y secundaria, teniendo un desenvolvimiento académico y social sin dificultades en la primaria. Manifiesta que le enseñaron las primeras letras a los 7 años, en el cual tiene dificultades para pronunciar la “r”, problema que supera a finales del primer grado de primaria; su desenvolvimiento con sus compañeros fue adecuado. En la secundaria presentó problemas de interacción con sus compañeros refiere que no le gustaba que toquen sus cosas sin pedir permiso o que le den la contra, eso ocasionaba que ella se enfurezca y diga palabras hirientes; motivo por el que sus compañeros evitaban sentarse a su costado, eso provocó que su círculo social disminuyera; sin embargo, tenía algunas amistades. La entrevistada recuerda los logros que tuvo en el colegio: como ganar el tercer puesto en una obra de actuación y el segundo puesto en básquet, comenta,

“quiero volver a esa época donde todo es bonito y no importa cómo estás vestida, si tienes dinero o no eso no importa solo jugar y ver a mis amigas”.

4.4 Adolescencia:

En su círculo social tenía pocos amigos, pero disfrutaba pasar tiempo con ellos, aunque a veces no medía cómo decir las cosas y algunas de sus amistades la llaman “la impulsiva”, a pesar de ello, sus amistades seguían a su lado, porque, así como la percibían como “la impulsiva” también la veían como una persona sincera que no tiene dificultades para decir lo que piensa.

4.5 Adulthood:

A los 18 años decide estudiar ventas y marketing en el Instituto Superior Avansys. Refiere que tuvo dificultades para establecer amistades; así, su círculo social es pequeño, comenta que con sus amigas puede ser sincera y decir las cosas tal cual las piensa, a veces sin pensar si a la otra persona puede afectarla.

4.6 Hábitos/Intereses:

Le gusta alimentarse de comida chatarra, ver televisión, pasar tiempo con sus amigas y escuchar música.

4.7 Enfermedades:

En el 2011, tuvo gastritis emotiva por fuerte estrés en el trabajo y es uno de los motivos que ayuda a desencadenar una parálisis facial; la paciente llevó un tratamiento con el cual lo supera. Hace 9 meses le detectan triglicéridos elevados, aún no lleva un tratamiento.

4.8 Historia Sexual:

La paciente obtiene información a los 7 años por parte de su madre y también en temas de sexualidad y estos conocimientos son reforzados en el colegio. A los 16 años tiene su primer

enamorado pero no duro mucho porque él se cambió de colegio y por la distancia terminaron, el segundo a los 19 años con quien tiene su primera relación sexual, refiere que fue placentero y cuando discutían sobre algún tema o ella se alteraba se reconciliaban teniendo sexo, pero por muchos conflictos que tenían puesto que él era impulsivo y ella también y tenían muchos problemas, así que decidió terminar la relación duraron 3 años y medio. A los 22 años decide tener relaciones pasajeras lo cual no han sido importantes para ella, estima haber tenido entre 10 a 8 parejas ocasionales aproximadamente, pero comenta que si usaba métodos anticonceptivos como las ampollas o sino el hombre usaba el preservativo estuve con esta idea hasta los 25 años refiere: “simplemente ya no quería tener algo serio”. Hasta que conoce a su tercera pareja que considero el más importante, lo tuvo a los 26 años relata que “las relaciones sexuales que tuve con el fueron buenas no teníamos problemas o discusiones en este aspecto, pero el terminó la relación por mi mal comportamiento que ya no soportaba”. Lo cual duraron 3 años.

4.9 Historia Laboral:

Su primer trabajo formal fue en el 2008, como promotora en el local “Lotería la Grande” al cual tiene que renunciar porque, quebró la empresa, posteriormente trabaja en la Inkafarma como vendedora, pero no se llevaba bien con sus jefes por su mal comportamiento; sin embargo, refiere que el clima laboral era muy estresante por la exigencia con las ventas, y eso hacía que se desencadenara su impulsividad e impaciencia hacia los clientes aunque intentaba controlarse; luego trabajó como anfitriona para la marca L’Oreal en el periodo del 2013 – 2014. En el 2015, trabaja en Mifarma como dermo – consultora, no le fue bien por su inadecuado comportamiento y trato hacia los clientes; así que decide tener su propio negocio de ropa.

4.10 Religión:

Es bautizada en la iglesia católica; sin embargo, no practica ninguna religión en la actualidad.

4.11 Actividad Social:

La interacción social lo desarrolla con dificultades; puesto que en ocasiones cuando está sobrecargada reacciona de manera agresiva (gritar, insultar).

4.12 Antecedentes Familiares:

Describe que la dinámica familiar en su adolescencia fue complicada debido a los constantes castigos físicos como: correazos, cachetadas e insultos que recibía por parte de su padre, cuando ella no cumplía las órdenes que se le asignaba o cuando llegaba tarde a casa; sin embargo, la madre se encargó de darle afecto y cuidado. Menciona, “todo el amor que mi madre me compensaba los malos tratos de mi padre”. En la actualidad lleva un trato cordial y distante con su padre y refiere que aun siente rencor.

V. Interpretación de resultados

En el área intelectual, la paciente se ubica en la categoría superior al término medio; lo que quiere decir, que posee habilidades de razonamiento analógico. Está ajustada a su realidad; pero en casi todas las situaciones las percibe como llena de conflictos; sin embargo, muestra capacidad de afronte. Resalta sus indicadores de impulsividad, falta de control de impulsos y agresividad. Asimismo, no se aprecia indicadores de organicidad de algún trastorno orgánico cerebral.

En el área de personalidad, presenta cierta tendencia a tener actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer centrada en sí misma. También, suele presentar determinadas características hostiles y llegando a ser indiferente en algunas situaciones o a veces, muestra agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos, tiene estallidos de cólera e incluso puede dañar a las otras personas que más quiere.

En el área emocional, la paciente presenta un nivel de ansiedad estado moderado, observándose tensión, agresividad, cólera, poco control de los impulsos. En general es superficial, mostrando cautela y hostilidad, lo que hace que no quiera socializar a veces por lo que evade lo que le rodea. Tiene poca empatía, se muestra competitiva dada su visión del mundo, como un lugar en el que cada uno debe luchar por sí mismo, es desconfiada, distante y suspicaz.

Además, que si se le provoca puede reaccionar impulsivamente por lo que le cuesta controlarse. Se encuentran rasgos de inestabilidad emocional, por lo que intenta reflejar algo diferente a lo que no es.

En el área de relaciones interpersonales, cree que debe ser dura para sobrevivir en la lucha, y justifica su agresividad argumentando que los demás son hostiles con ella. Se considera enérgica, fuerte y realista, suele mostrar cierto desprecio hacia aquellos que se muestran débiles. Así mismo, suele intimidar a las personas con facilidad indicando que es fría e insensible a los sentimientos de los demás. También, le gusta discutir y crear polémica, y aunque suele ser gentil con su círculo social reducido, se da siempre y cuando las cosas van como ella quiere.

En el área laboral, no ha tenido buenas experiencias, no se llevaba bien con sus jefes por su mal comportamiento; trabajar bajo presión hacía que se desencadenara su impulsividad e impaciencia hacia los clientes, aunque intentaba controlarse; siempre tuvo un inadecuado comportamiento, por lo que actualmente tiene su propio negocio de ropa.

En el área familiar, percibe a su familia como un sistema desintegrado donde las figuras de autoridad tienen una escasa comunicación. Se hallaron conflictos con la figura paterna lo que suma para que el clima familiar sea tenso y distante. Así mismo, en cuanto a sus metas tiene miedo de fracasar y que cree que realmente sería feliz en otro lugar fuera de su hogar.

En el área sexual, considera que ha tenido buenas experiencias y placenteras, teniendo varias parejas sexuales ocasionales.

VI. Presunción diagnóstica:

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Pronóstico reservado, dado que la examinada no aprende a controlar sus impulsos agresivos y no mide las consecuencias de éstas.

VII. Recomendaciones:

- Seguir reforzando el área intelectual con actividades que le exijan cierto grado de pensamiento lógico.

- Atención psiquiátrica.
- Terapia individual.
- Técnicas para identificar pensamientos automáticos.
- Estrategias para aprender a controlar sus emociones e impulsos.
- Técnicas de relajación.

3.2.2 Intervención terapéutica

Sesión N° 1: Reglamento y Psi coeducación

Objetivos: Su función principal es que el paciente respete el reglamento establecido y comprenda la importancia del funcionamiento y los procedimientos que se utilizaran.

Contenido: Al iniciar con la sesión psicológica se le brindó el reglamento del consultorio, tomándose en cuenta lo siguiente:

1. Apersonarse al consultorio 10 minutos antes de su cita programada.
2. La consulta psicológica se cancela con anticipación.
3. Si no puede asistir a la cita programada deberá solicitar la postergación de la misma, con una anticipación de 24 horas, sino se abona el valor de la consulta. En caso de emergencia o de salud deberá presentar la justificación correspondiente.
4. La tolerancia para ser atendido en consulta es de 15 minutos, pasado este tiempo se le atenderá el tiempo restante que queda de su cita. De lo contrario, deberá solicitar una nueva cita abonando el importe de la consulta perdida.
5. Los informes psicológicos se brindan de manera verbal. En el caso que requiera el informe escrito, deberá abonar S/60.00 (Sesenta Nuevos Soles y 00/100).
6. Está terminantemente prohibido presentarse a una consulta en estado etílico.

La paciente verbaliza que está de acuerdo con lo que se estableció y que realmente quiere mejorar y ser una mejor persona. Refiere “llegué a mi límite y no quiero perder a las personas que me aprecian y quieren, sé que no será fácil por eso estoy aquí.”

La paciente, tras comprender lo que presentaba (trastorno de inestabilidad de la personalidad de tipo impulsivo) mediante la lectura de informe y lo que se recomendó, acepto

dar el siguiente paso que consiste en la intervención terapéutica o terapias, las cuales se utilizarán con enfoques gestáltico y cognitivo conductual, ello le permitirá darse cuenta de la importancia e influencia de sus emociones y conductas, además de la identificación y modificación de pensamientos automáticos permitiendo aprender y adaptarse a nuevas formas de pensamientos, lo cual será beneficioso para afrontar nuevos retos y mejorar su calidad de vida. Finalmente, se trabajarán técnicas para reducir la tensión y relajarse.

Conociendo más sobre el trastorno de inestabilidad de la personalidad de tipo impulsivo y recalcarle sobre las consecuencias que podrían afectarla, y mediante el informe leído se sensibilizó y empezó a llorar por un buen rato cubriéndose el rostro con sus manos, se le dijo que si quería seguir llorando que lo hiciera; se le alcanzó un pañuelo y un vaso de agua, lo que posibilitó que se calmara, manifestando lo siguiente “*yo ya no quiero ser así, esto debe parar*”.

Finalmente, se le mencionó que las terapias se dividirán en sesiones que constan de 40 minutos y una vez por semana.

Tarea: Asistir al psiquiatra.

Próxima Sesión: Señalar lo que le dijo el psiquiatra e iniciar con la identificación y manejo de las emociones.

Resultados: La paciente tomó conciencia y compromiso con la participación activa durante el proceso terapéutico.

Sesión N° 2: Abordaje sobre el manejo de las emociones

Objetivos: Distinguir y reconocer las diferencias entre emoción y sentimiento

Contenido: La paciente comenta que asistió al Psiquiatra “me receto unas cápsulas llamadas topiromato pero que tenía efectos secundarios, lo cual podría causar cambios inusuales en mi comportamiento o ánimo, pero igual acepté a pesar de no estar de acuerdo y que tenía que tomarlo dos veces al día, pero al tomarlo después de un rato me causó una reacción en mi piel y se empezó a hinchar y a ponerse rojo así que volví preocupada al psiquiatra, me dijo que era alérgica a uno de los componentes, además de que podría causarme algunas convulsiones graves, incluso si no he tenido en el pasado. Así que, antes de retirarme me dijo que mejor siga con la psicóloga que ella me apoyará en mi proceso terapéutico”.

En este caso, se descartó el tema del psiquiatra y se comenzó con el tema del manejo de las emociones. Se inició preguntándole si tenía alguna idea o concepto sobre las emociones lo cual refiere: “Las emociones son lo que expresamos en diferentes situaciones, es cómo un sentimiento creo que es algo así”.

Como no tenía un concepto claro sobre las emociones y lo confundía con los sentimientos. Realizamos diferencias entre los conceptos de emoción y sentimiento, comentó que eran similares. Pero que no tenía muy claro el significado de cada uno; así que mediante un cuadro empezamos a realizarlo, el cual se presenta en la figura 3.

Emoción	Sentimiento
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es instantánea, reacciones automáticas, innatas e inconscientes que experimentamos ante un estímulo externo o interno (pensamientos, recuerdos). 2. Desaparece rápidamente sino hay estímulo. 3. Tienen una duración breve. 4. Aparecen en forma brusca y son muy intensos. 5. Se genera ante la ausencia de sentimientos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es la suma de las emociones más la parte cognitiva (es decir con nuestro pensamiento damos una interpretación a lo que nos ocurre y de ahí nace los sentimientos). 2. Nos acompaña a lo largo de la vida. 3. Tienen una duración más prolongada. 4. Se presentan con moderada intensidad y no bruscamente. 5. Se requiere de una emoción para poder procesar la información.

Figura 3. Diferencia entre emoción y sentimiento. Fuente: Elaboración propia.

Ejemplo:

Terapeuta: En tu caso tu expareja te ha terminado ¿cuál sería tu emoción instantánea?

Paciente: Seria enojo y tristeza

Terapeuta: ¿Y por qué te generan estas emociones?

Paciente: Cólera porque me dijo que estaba loca y tristeza porque era una persona importante en mi vida.

Terapeuta: Entonces ¿qué hiciste con esa cólera?

Paciente: Agarrar los objetos que tenía cerca a mi alrededor y tirarlos al piso, pero luego me sentí triste.

Terapeuta: Entiendo, esa tristeza es porque te importa esa persona, ¿ya no va estar en tu vida cierto?

Paciente: Así es.

Terapeuta: Tu principal emoción será la tristeza; ahora cuando ya nuestra mente analiza esa situación seguramente vendrá sentimientos como miedo de estar sola, a no encontrar otra persona, eso ya sería sentimientos que se alargaría en el tiempo y que a la vez dependerá de nuestros pensamientos y creencias ¿Se entendió?

Paciente: Ahora si tengo más claro la diferencia entre varios conceptos.

Terapeuta: Buenísimo, entonces todas las emociones sirven para algo, pero cuando nos estancamos y no las sabemos gestionar adecuadamente es cuando viene los problemas y el sufrimiento.

Paciente: A mí me pasa, esta interesante el tema.

Terapeuta: ¡Qué bueno que te estás dando cuenta!, eso es importante.

Paciente: (Refleja en su rostro una ligera sonrisa en los labios)

Tarea: Repasar los conceptos entre las diferencias entre emoción y sentimiento

Resultados: Se alcanzó el objetivo propuesto, pudo distinguir y reconocer las diferencias entre emoción y sentimiento.

Sesión N° 3: Conocimiento sobre las emociones primarias

Objetivo: Retroalimentación de la sesión anterior y comprender sobre la relevancia de las emociones primarias

Contenido: Se inició la terapia preguntándole a la paciente como le había ido en su semana, contestó que estaba un poco más tranquila y que si había repasado en cuanto a los conceptos de emoción y sentimiento. Lo había apuntado en un papel, en este caso, se le sugirió

que tenga un cuaderno exclusivamente para la terapia, para que así pueda apuntar lo que realizamos en cada sesión.

Seguidamente, repasamos el tema de las diferencias entre emoción y sentimiento lo cual lo tiene más claro y eso le hizo sentir alegre. Luego de comprender y conocer la diferencia entre ambos conceptos continuamos con las emociones lo cual se planteó lo siguiente: Son cuatro emociones primarias las que tenemos que tomar en cuenta de ahí se desprenden las demás emociones que vienen hacer secundarias como (culpa, vergüenza, afecto, entre otros), estas son:

- 1) Miedo.
- 2) Alegría.
- 3) Tristeza.
- 4) Enojo.

Se informó brevemente sobre las emociones excepto, la emoción enojo lo cual se priorizó y se brindó mayor información por el caso que ella presentaba.

Miedo: Su función es avisarnos cuando nos faltan herramientas, ante una situación. El miedo no se da de manera general, no se tiene miedo a todo, sino que tenemos miedo a ciertas situaciones específicas, para las cuales nos faltan las herramientas.

Terapeuta: ¿Se entendió?

Paciente: A ya, algunos ejemplos para entenderlo mejor.

Terapeuta: Por ejemplo, si alguien se prepara para un examen es difícil que tenga miedo, pero la persona que tiene miedo es cuando sabe que no ha estudiado lo suficiente, no tiene herramientas para enfrentar esa situación. Otro ejemplo sería; si yo tengo un dolor en la parte de mi boca, pero no hago nada y empiezo a imaginarme de que será una infección o cáncer, pensamientos se me vienen a mi mente, pero no hago nada no voy a revisarme, me va a causar miedo.

En el primer ejemplo, si tengo que estudiar está en mi buscar las herramientas, y en el segundo ejemplo es buscarlo a fuera en la parte externa.

Terapeuta: Ahora ¿Se entendió?

Paciente: Si, eso quiere decir en mi caso yo tengo miedo a fracasar nuevamente, en mis relaciones amorosas o en el trabajo, pero yo no hice nada al respecto para cambiar mi comportamiento ¿es así?

Terapeuta: Correcto, pero ahora estas buscando un apoyo de manera externa para así poder ser una mejor persona a eso nos referimos con herramientas.

Paciente: Si, ya lo entendí.

Seguimos con la siguiente emoción.

Alegría: Es una emoción muy agradable y gratificantes, nos da vitalidad y son de las mejores emociones.

Paciente: Si, es una emoción que no género muy seguido.

Terapeuta: Recuerdas, ¿en qué situaciones sentiste esta emoción?

Paciente: No mucho.

Terapeuta: Te doy unos minutos para que trates de recordar, estoy segura de que hay alguna situación donde te genere alegría.

Después de 3 minutos dijo lo siguiente

Paciente: Si, ya pude recordar cuando cumplí 18 años y mis mejores amigas me hicieron una sorpresa, me regalaron un cartel con los momentos que pasé con ellas, las locuras que hacíamos en el colegio fue muy bonito ese momento.

Terapeuta: Eso es, ¿quedó claro esta emoción?

Paciente: Si

Continuamos con la siguiente emoción.

Tristeza: Nos lleva al recogimiento, y a aislarnos.

Terapeuta: Esta emoción ¿en qué situaciones te ha pasado?

Paciente: (Se quedó pensando)

Terapeuta: Tomate tú tiempo escríbelo y cuando tengas la situación o situaciones me avisas

Paciente: Esta bien.

(Pasaron 5 minutos)

Terapeuta: Ya los tienes.

Paciente: Si, cuando me termino mi ex pareja estaba enojada pero luego me sentí triste porque él me amaba y ahora se fue por mi impulsividad y palabras hirientes que le dije. Me sentí triste (refleja su rostro decaído)

Terapeuta: Esta bien, sentir tristeza no es malo que lo sientas.

Paciente: Entiendo, también me sentí triste cuando mi perrito falleció, fue uno de los momentos más tristes.

Terapeuta: Está bien que sientas esa emoción por que era un ser importante para ti y ahora ya no se encuentra.

Paciente: Si, aun cuando lo recuerdo me genera tristeza, ¿eso no es malo?

Terapeuta: Claro que no, está bien que te sientas triste, ya que te está preparando para que puedas superar esa ausencia. A veces puede estar disfrazado con el enojo pero realmente es tristeza lo que sientes y es importante que vivas ese proceso no lo retengas, si quieres llorar llora todo lo que puedas ya que así tu cuerpo se liberara y estará listo para emprender lo bueno que te traiga la vida.

Paciente: Gracias Dra., muy agradecida por sus palabras.

Terapeuta: (Refleja una sonrisa en el rostro)

Y por último tenemos la emoción del enojo: Es una de las emociones inevitables, surge cuando algo nos disgusta. No podemos evitar sentir si algo nos enoja, no hay control de ello, pero si de lo que somos protagonistas es saber qué hacemos con lo que sentimos.

Se le pregunto al paciente si notaba la diferencia y dijo: “entonces yo pensé que está emoción era mala entonces no es malo enojarse está bien que sienta esta emoción”. Se le respondió diciendo que es correcto no es mala tener esta emoción es sana porque te permite establecer límites.

Por eso, yo puedo sentir que estoy enojada y nadie me lo puede invalidar o restringir, lo que si tengo que revisar es que hago con mi enojo, el que este enojada no me valida dañar a

alguien o que descalifique a alguien con palabras o físicamente. Puesto que puedo perjudicar y dañar las interacciones sociales, con la familia y/o amigos.

Respondió la paciente: “Entonces si puedo sentirme enojada, pero para no dañar a la persona me lo tendría que quedar callada entonces.” Se le respondió que tampoco era bueno guardarlo y no hablarlo puesto que eso se va acumulando e implota, es decir, de manera interna puede causar problemas en el cuerpo como dolores de estómago, columna, gastritis, entre otros.

Tarea: Repasar el tema de las emociones.

Próxima Sesión: Profundizar el tema del enojo.

Resultados: Se alcanzó el objetivo propuesto que era conocer y conectarse con sus emociones.

Sesión N° 4: Conocimiento sobre las emociones primarias

Objetivo: Retroalimentación de la sesión anterior y profundizar el tema del enojo.

Contenido: Llegó unos 20 minutos después de la sesión, acelerada pidiendo las disculpas de la demora lo cual se le pregunto qué te sucedió. Parada exclamo ¡Estoy molesta! Dra., porque el carro demoró mucho y eso que lo tomé con anticipación, no fue en su ruta sino se fue por otro lado. Y le reclamé al chofer por qué no estaba siguiendo la ruta, me dijo que a veces realizan cambios y le dije que no debería ser así, que estaba mal lo que estaba haciendo, y le dije que no hacia bien su trabajo y no le pague y me baje.

Terapeuta: Primero te parece si dejas tu cartera a un costado y te sientas.

Paciente: Ok.

Terapeuta: Vamos hacer un ejercicio de respiración ¿Está bien?

Paciente: Si, por favor.

Terapeuta: Cerramos los ojos lentamente, te pones en una posición cómoda con la espalda derecha, apoya las manos suavemente sobre tus rodillas, ponemos nuestra mente en blanco y busca una situación que te genere paz y tranquilidad, elige la situación que más te agrada, como estás vestida, los colores, los olores, todos los detalles son importantes cuando lo tengas me avisas. Al paso de dos minutos.

Paciente: Si, ya los tengo.

Terapeuta: Listo, ahora empezamos con la respiración cuenta uno al inhalar y dos al exhalar, lo hicimos juntas la primera (repetir hasta que sintiera que su cuerpo se encuentre relajado) ahora te dejaré a solas con tu respiración por un momento obsérvala, sin anticiparte déjala, que sea ella quien te guíe. Se le dejó por unos minutos.

Paciente: (con los ojos cerrados), Dra. ya me siento más relajada.

Terapeuta: Muy bien, lentamente vas abrir tus ojos y vas a traer tu mente y cuerpo a este espacio al aquí y al ahora.

Paciente: Está bien.

Terapeuta: Excelente, ahora ¿Cómo te sientes?

Paciente: Mejor.

Terapeuta: ¿Que es sentirse mejor?

Paciente: Me siento más calmada.

Terapeuta: Genial, ahora sí, ya más tranquila hablemos de lo que pasó, ¿está bien?

Paciente: Si.

Terapeuta: Consideras que actuaste bien en esa situación que me comentaste.

Paciente: Ahora que estoy más tranquila, lo que no debí hacer es gritarle y alterarme.

Terapeuta: Y por qué consideras que no debiste gritarle y alterarte

Paciente: (Pone su mano en su mejilla)

Terapeuta: Te doy unos minutos, analízalo.

Paciente: Porque de repente no era culpa suya y seguía solo órdenes, debí pagarle (refleja en su rostro vergüenza).

Terapeuta: Es importante tomaste conciencia, muchas veces las personas no tienen un buen día es decir imagínate que estas en la cola del banco y tu estás con una buena

actitud, y tienes dudas y preguntas a la persona encargada y ella te habla cortante, que debes esperar ahí no es tu culpa y eso que te generaría.

Paciente: Estaría muy molesta, yo le diría que le pasa sino me va atender bien mejor que se retire, algo así.

Terapeuta: Pero de repente ha tenido un mal día, eso no es tu responsabilidad sino de esa persona y lo mejor que puedes hacer, es decir: “bueno seguramente algo le pasó en su casa, pero ya estoy aquí y terminaré con este trámite”.

Paciente: Ah ya entiendo, puede ser.

Terapeuta: Así es, no te lo tomes personal, trata de cambiar esos pensamientos negativos que más adelante los vamos a revisar, pero quiero que te quedes con esta idea por la situación te ha sucedido.

Paciente: Si, está bien, gracias Dra.

Por la hora nos quedamos hasta este punto, se le recomendó que pueda practicar diariamente, la respiración realizada en la sesión y deberá venir con ropa cómoda puesto que realizaremos una técnica específicamente sobre la emoción enojo.

Tarea: Practicar el ejercicio de respiración.

Resultados: Se dio cuenta del error cometido y la herramienta que puede utilizar en caso que vuelva a pasar una situación similar.

Sesión N° 5: Procesos del enojo y técnica para sobrellevar el enojo

Objetivos: Controlar y gestionar el enojo

Contenido: La paciente llegó puntual y con ropa cómoda como se le había indicado, se inició preguntándole cómo le fue en su semana y cómo estaba, manifestó que se encontraba mejor, más tranquila, y que había realizado el ejercicio de respiración que le ha ayudado y que ha notado menos tensión en su cuerpo. Luego, se pasó a continuar con la explicación de cómo se genera el enojo.

En el enojo hay una curva que empieza con algo que me molesta, luego con algo que me incomoda, algo que me incomoda mucho, estoy enojada después sigue la misma línea de la violencia física o verbal, estoy muy enojada y esto puede llegar a la agresividad.



Figura 4. Curva del enojo. Fuente: Elaboración propia.

Entonces, si empezamos a gestionarlo, no haciendo daño a otros ni a sí mismo, podremos solucionar el tema del enojo, te empiezas a dar cuenta antes, cuando estás enojada, antes me incomoda mucho, y llegas al inicio molesta entonces encuentras lo que está sucediendo. Para así, prevenir y no llegar hasta la agresividad.

Por eso, cuanto más aprendas a enojarte te enojaras menos, pero no porque no pasen cosas que nos enojan, pero no me consiento alcanzar al enojo, muchas personas creen que el enojo es una situación con una persona y otra, hubo algo que me enojo contigo es una batalla, tu siempre llegas tarde, no me tienes en cuenta, siempre se establece una batalla entre dos personas y se pierde la perspectiva que el enojo es una situación hay algo que ha pasado.

Un ejemplo es que, quedamos en vernos en un restaurante y llegaste tarde, la situación es que llega tarde sin avisarme. Es esa situación no es toda la persona que me enoja entonces yo para solucionar el enojo tengo que solucionar esa situación, la mayoría no ve la situación sino la persona que tiene la culpa, entonces es una batalla y aparece la descarga casi siempre presente en el enojo ineficaz que causa conflictos en las relaciones interpersonales, y llegamos incluso a vengarnos y castigar causando que el otro p se sienta culpable, entonces complica las situaciones.

Terapeuta: Hay alguna pregunta, ¿se entendió?

Paciente: Wow, como no supe antes sobre esto, entonces no es la persona que me hace generar mi enojo si no la situación, ahora con ello podré prevenir varios conflictos.

Terapeuta: Así es, lo importante es que te has dado cuenta.

Paciente: Ya voy entendiendo (refleja en su rostro una ligera sonrisa).

Terapeuta: Excelente, ahora pasaremos a las fases del enojo.

Las fases del enojo constan de cinco pasos a seguir:

- Registrar y aceptar que estoy enojada.
- ¿Qué es lo que me enoja? esto hará que no desplacemos el enojo hacia otra persona
- Y si llego estar muy enojada lo que debemos hacer en una descarga física. Se puede hacer ejercicio, correr, agarrar un almohadón y desquitarnos con él, eso hace que se libere y no hacemos daño a nadie ni a uno mismo.
- Comunicarle a la persona que estás enojada, y que no puedes hablar ahora sino más tarde cuando se te pase el enojo; es decir, lo vas hablar en mejores condiciones sin herir y mejor disposición para conversar de lo que te ha enojado.
- Que vas hacer la próxima vez para que esta situación no se vuelva a repetir.

Terapeuta: ahora todos estos pasos lo vamos a poner en práctica en un ejercicio que utilizaremos en este caso una almohada.

Paciente: Si, está bien.

Terapeuta: Empezamos.

Cierra los ojos inspiramos retenemos el aire; luego, exhalamos lentamente dejamos salir el aire y empezas a buscar en tu memoria un enojo que hayas tenido puede ser cercano o no elije o deja pasar hasta que se quede una situación donde has estado muy enojada, pueden pasar diferentes situaciones hasta que te quedes con una, cuando ya la tengas levantas la mano por favor si ya la tienen eso es, muy bien, puedes bajar la mano y te quedas con su mirada interna sobre esa situación y vas sintiendo el enojo, puedes ver esa situación y saber qué es lo que te sucede cuando estás enojada y en esa situación le dicen si se lo comunicaron al otro o no, y si es

que estás con alguien y si no estás con nadie que es lo que te enoja, pregúntate tanto si estas con alguien o estás sola, que fue lo que te enoja, si puedes registrar que es lo que te enoja de esa situación, que hiciste con tu enojo, vas haciendo una revisión.

No hice nada, me lo guardé, seguí como si nada hubiera pasado, me descargué con alguien, me puse triste después, me puse a comer, que hice con el enojo, y si lo comuniqué a la otra persona; cómo se lo dije, es un trabajo interno consigo mismo así que se lo más sincera posible, hice algo para que esto no me volviera a pasar, unos segundos más, muy bien, ahora con más honestidad consigo misma, me vengué de alguna manera, castigué a esa persona, pudo haber sido en silencio, ignorando, le grite.

Bien ahora imagina que estás en esa situación cuando se está dando la situación que te enojó, respira profundo, con la espalda derecha vamos a llevar para atrás la película que es cuando empieza a darse la situación que a ti te hizo enojar, ya acabas de detectar que estas muy enojada con esa situación, ya que descubrieron que les causó el enojo, muy bien, y si es con otra persona ahora me voy a correr y te vas y si ya estás en tu casa bien sino te vas, vas a imaginar que te vas a tu casa, no has hablado con la otra persona de la situación que te enoja, llegas a tu casa, vas a tu cuarto, cierras la puerta, agarras el almohadón, eso es, y empiezas a golpear con el almohadón al piso o encima de la cama, pensando en la situación que te enoja mucho, esto otra vez pasa, otra vez no quiero, basta con esto, no más, basta no quiero más, eso es le doy, le doy, me hiciste daño, me hiciste daño, respira profundo, date cuenta que el propio cuerpo dice basta, respira profundo, ingresa el aire, con los ojos cerrados te sientas, eso es respira y ahora imagina que tienes sentado al frente a esa persona que tuvieron la situación que les causo enojo y ahora que descargaste toda esa adrenalina.

Estás en mejores condiciones de decirle; me enoja esta situación y bajito se lo dices, me enoja que, y quiero que sepas que, le vas a comunicar que esa situación no la quieres más....se lo dices, cuando ya lo hayas hecho levantas la mano, muy bien, que se lo hayas comunicado ya puedes bajar la mano muy bien, respira profundo, mueve hacia atrás los hombros, estira los brazos hacia arriba eso es y revise si hay alguna diferencia de cómo fue la situación real que recordaste y como fue la comunicación después que descargaste con el almohadón, ahora, de que te das cuenta hay alguna diferencia con tus ojos cerrados registra qué diferencia hay entre la ira que recordaste y luego de la descarga recreamos esa escena, pero estas con diferentes condiciones emocionales y registra como estas ahora en una palabra de a poquitos vas abriendo tus ojos, respira profundo vas volviendo al espacio donde nos encontramos, estira tus brazos.

Terapeuta: ¿Cómo estás?

Paciente: Liberada.

Terapeuta: Buenísimo. Ahora regístralo en tu cuaderno los pasos que hemos seguido. Se le dio 5 min.

Paciente: Terminé.

Terapeuta: Pudiste detectar todas las fases.

Paciente: Si.

Terapeuta: ¿Qué situación elegiste? Coméntame.

Paciente: Elegí la situación donde estaba con mi ex pareja y él iba a venir a mi casa para luego salir a comer, quedamos a la 1 pero él no llegaba y yo ya estaba empezando a molestarme y lo veía conectado en Facebook y me sentí incomoda ya era 1:30 y lo llame pero no me contestó, eso hizo que me incomodé mucho más, y no llegaba y ya no estaba conectado le deje mensajes pero no contestó, ya estaba muy enojada, hasta que a eso de las 2 toca el timbre y yo no le saludé de frente le dije qué te pasa, por qué llegas a esta hora, ya no quiero salir, y él me dijo que lo sentía pero estaba en el metropolitano y no pudo avisarme que iba a demorar, yo muy molesta le dije que no le creía y que yo como tonta esperando, hasta que dijiste que si ya iba a levantar la voz iba a decir cosas hirientes lo recordé, le dije que se fuera por favor que estaba muy molesta y no quería decirle cosas que lo pudieran herir, él se fue, y me fui a mi cuarto y es así donde empecé a golpear el almohadón, ya mi cuerpo no podía más y me sentí más calmada, al día siguiente le dije para conversar del tema y le dije que me molestó esa situación y que no me avisara con anticipación que iba a demorar y me dijo que lo sentía y le dije por último, para que no vuelva a suceder esta situación te parece que me avisaras que vas a demorar por lo menos un mensaje o una llamada y es así como acordamos.

Posiblemente esto no hubiera hecho yo sino alzarle la voz, lanzado objetos, que lo odiaba, que no lo quiere ver, y cosas hirientes que ahora me arrepiento.

Terapeuta: Entiendo, para finalizar de que te has dado cuenta.

Paciente: De que he lastimado a muchas personas por mi mal comportamiento, gritarles, decirles groserías, arrojar cosas ahora, sé que esa no es la solución (se puso a llorar).

Terapeuta: Está bien, le alcance un pañuelo y un vaso de agua.

Paciente: (más calmada) Gracias por todo.

Terapeuta: (feliz de que lo haya entendido).

Se le recomendó que fuera importante realizar esta descarga una vez por semana ya que nos ayuda a liberarnos de tensiones acumuladas.

Tarea: Repasar las fases del enojo, y poner en práctica una vez a la semana el tema de la descarga.

Resultados: Se alcanzó el objetivo propuesto observando motivación para el cambio.

Sesión N° 6: La importancia y realización de la técnica de relajación progresiva de Jacobson

Objetivos: Revisar la asignación de la anterior sesión; realizar los ejercicios del primer y segundo grupo muscular de la técnica de relajación.

Contenido: Se empezó la sesión felicitando a la paciente por el esmero y esfuerzo que estaba demostrando en cada sesión, lo cual contestó que está sorprendida de lo que está logrando. Se procedió a preguntar si había alguna duda respecto a las fases del enojo y si practicó el tema de la descarga, lo cual respondió que sí, que incluso en la tienda de ropa había una cliente que quería que se le atienda rápido, lo cual le dije que tenía que esperar ya que, estaba atendiendo a otra persona y ella insistía, ahí recordé lo que me dijo y decidí retirarme un momento y realizar la respiración luego volví y le dije que tuviera paciencia, igual puso un gesto de molesta pero yo estaba más tranquila para así no perder el control, me costó ya que quería gritarla y decirle que se vaya en mi mente, pero volví a recordar que no iba a solucionar nada gritándole, así que me que controlar, lo cual se le volvió a felicitar por el avance que estaba demostrando, pero comento que no había practicado la descarga por que no se sentía estresada. En estos casos, se le recalco que sería importante ya que es se le está preparando en caso tuviera algún conflicto y que era importante que lo practicara, lo cual dijo que lo tomaría en cuenta.

Luego seguimos con el tema de hoy, se le explicó lo importante que era realizar la relajación y se le enfatizó lo fundamental que era dedicarse y ponerlo en práctica en casa. Se le mencionó que esta técnica es para que ella pueda diferenciar los estados de tensión en los diferentes grupos musculares del cuerpo, puesto que en algunas situaciones no logramos localizar de forma idónea dónde está la tensión en el cuerpo y que lo importante es que pueda llegar a relajarse completamente.

Terapeuta: ¿Tienes alguna pregunta?

Paciente: Me parece interesante lo que haremos ya que, si con la respiración pude llegar a calmarme, seguro que con esta técnica podre relajarme.

Terapeuta: Así es, por eso que vas aprender una nueva habilidad, del mismo modo que podrías aprender a conducir o a practicar algún deporte. Has aprendido a reaccionar de forma impulsiva, y ahora vas aprender a relajarte. Podrías sentir sensaciones como hormigueo, esto significa que se estás "soltando".

Paciente: Si lo entiendo.

Terapeuta: Empezamos entonces.

Se puso música instrumental de relajación.

Adquiera una postura cómoda, con las manos a cada lado del cuerpo, paulatinamente relajará los diversos grupos musculares. A continuación, inhale profundamente, y de forma pausada, por su nariz tome aire y suéltelo por la boca lentamente, repítalo varias veces por alrededor de 2 minutos.

Empezaremos con la mano y el antebrazo. Le solicitaré que tense los músculos de la mano y antebrazo del lado derecho apretujando el puño. En este momento, debe poder percibir la sensación de tensión en el antebrazo, la mano, y en los nudillos, ¿la sientes? pasaremos a liberar lentamente esa tensión.

Inmediatamente que hemos relajado este grupo de músculos, pasaremos al bíceps derecho y le solicitaré que apriete el puño y lo tense, empujando el antebrazo contra el bíceps, ya en este momento, debe estar sintiendo en el bíceps la sensación de tensión; así como, los músculos del antebrazo y la mano, ¿sientes la tensión? Ahora pasaremos a liberar lentamente esa tensión.

Luego relajar ese grupo de músculos, haremos el ejercicio con los músculos del antebrazo y la mano del lado izquierdo, tensándolos y, posteriormente, relajándolos de la misma forma que en el brazo derecho. Sintiendo la sensación de tensión y posteriormente de relajación en el bíceps.

En este momento, vamos a relajar los músculos faciales, para lo cual lo dividiremos en tres grupos, primero, los músculos de la zona de la frente (parte superior de la cara), en seguida los de la parte central (mejillas y nariz), y posteriormente la parte inferior (parte inferior de las mejillas y mandíbulas).

Iniciaremos con los músculos superiores y le solicitaré que los tense levantando las cejas tan altas como le sea posible, creando tensión en la frente y hacia arriba, en la zona del cuero cabelludo, ¿siente la tensión? Ahora descenderemos a la parte central del rostro, para esto bizque y a la vez arrugue la nariz, logrando tensión en la parte central de la cara, ¿siente la tensión? Vale muy bien.

Seguidamente, tensaremos los músculos de la parte inferior, para lo cual debe apretar los dientes y llevar las comisuras de la boca hacia atrás. Debe sentir tensión en la parte inferior de la cara y en las mandíbulas, ¿siente la tensión?

Bien, luego que hemos completado los músculos faciales pasaremos a relajar los del cuello, para esto, empuje la barbilla hacia abajo, contra el pecho, y a la vez intente evitar que toque el pecho, en otras palabras, contraponga los músculos de la parte frontal del cuello con los de la parte posterior. Debería sentir un poco de sacudida o temblor cuando tensas estos músculos, ¿siente la tensión? De acuerdo.

Ahora lentamente va abrir los ojos, muy bien.

Terapeuta: ¿Cómo te sentiste?

Paciente: Al inicio se me fue un poco difícil poder desligarme cuando me decía que tense las partes de mi cuerpo, y sentí un poco de hormigueo en la parte de mi cuello, pero luego tuve el control y pude liberar esa tensión.

Terapeuta: ¡Qué bueno!, entonces vas a ponerlo en práctica en casa en un lugar donde te sientas cómoda y no haya interrupciones por lo menos una vez al día.

Paciente: Está bien, me siento más relajada.

A continuación, se presentan los grupos musculares trabajados en la sesión:

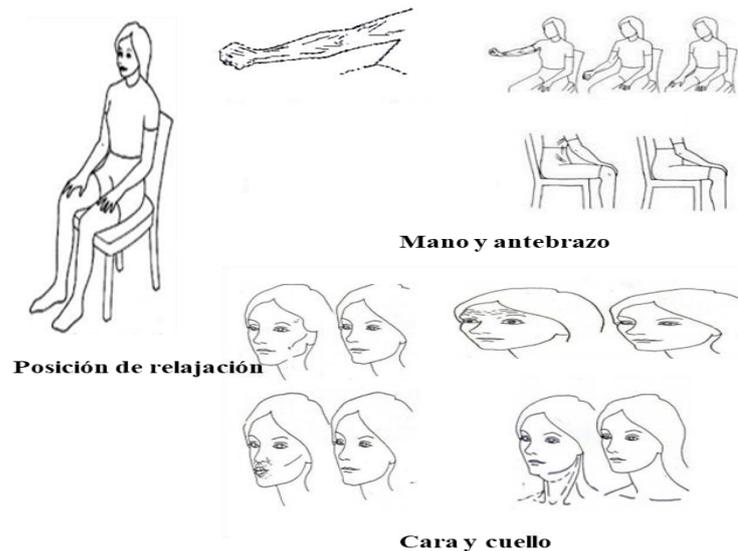


Figura 5. Técnica de relajación progresiva de Jacobson (primer grupo de músculos). Fuente: Legg (2014).

Tarea: Poner en práctica lo trabajado en la sesión de manera diaria y una vez al día.

Resultados: Comprendió de manera óptima lo importante de la relajación del primer y segundo grupo muscular.

Sesión N° 7: Realización de la técnica de relajación progresiva de Jacobson segunda parte

Objetivo: Revisar la tarea de la sesión anterior; trabajar el tercer y cuarto grupo muscular de la técnica de relajación.

Contenido: Iniciamos preguntando a la paciente de cómo estaba, a lo cual respondió que estuvo practicando el tema de la relajación, pero no todos los días sino 3 veces por semana por el tiempo, pero que realmente le está ayudando mucho. Se le felicitó que lo haya practicado, pero se le recaló que debe realizarlo diario.

Se le explicó que hoy vamos a trabajar el tercer y cuarto grupo muscular del cuerpo, se le indicó que se ponga cómoda y que cierre lentamente los ojos, se puso una música instrumental relajante. Continuamos con la respiración, se hizo el acompañamiento inhalamos mantenemos el aire por tres segundos y botamos el aire lentamente por cinco segundos (3 veces).

Ahora trabajaremos los músculos del pecho, la espalda y los hombros. Le requeriré que los tense realizando una respiración profunda, sosteniéndola y colocando al mismo tiempo los omoplatos unidos; llevando hacia atrás los hombros pretendiendo que se toquen los omoplatos. Debe estar sintiendo una tensión significativa en la espalda superior, los hombros y el pecho los hombros, ¿siente la tensión? De acuerdo, bien.

Continuaremos con los músculos del abdomen y para tensarlos coloque su estómago duro, tenso como si le fueran a golpear en él. Debe estar sintiendo una gran tensión en el área del estómago, ¿siente la tensión? Muy bien.

Después de relajar los músculos del estómago, iremos a los de las piernas y pies. Empezaremos con la pierna y muslo derecho, para tensar la parte superior de la pierna derecha, contraponiendo el musculo femoral, con los músculos posteriores más pequeños. Ahora, debes estar sintiendo que el musculo femoral está duro, ¿siente la tensión? Muy bien.

Ahora, pasaremos a los músculos de la pantorrilla derecha (la parte inferior de la pierna) y le solicitaré que tense aquí los músculos colocando hacia arriba los dedos. Debe sentir la tensión en toda el área de los músculos gemelos, ¿siente la tensión? Vale, muy bien.

Después, tense los músculos del pie derecho, estire la punta del pie, curvando y girándolo hacia adentro, y los dedos al mismo tiempo, sienta la presión debajo del arco y en el empeine del pie, ¿siente la tensión? Muy bien.

En este momento, vamos a dirigirnos a los músculos de la parte superior de la pierna izquierda, tensándolos y relajándolos, como se hizo con el lado derecho. Luego, iniciaremos con los músculos de la parte inferior manejando los mismos procedimientos que utilizamos del lado derecho y, últimamente, el pie izquierdo, tensándolo y relajándolo del mismo modo. Excelente.

Ahora lentamente cuando estés lista vamos abrir los ojos.

Terapeuta: ¿Cómo te sientes?

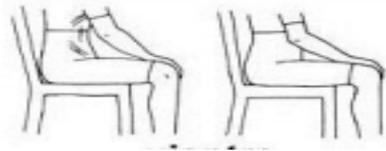
Paciente: Al inicio me costó solo un poco puesto que ya sabía la dinámica, pero logré liberarme y relajarme.

Terapeuta: Excelente.

A continuación, se presentan los grupos musculares trabajados en la sesión:



Pecho, hombro y espalda



Abdomen



Piernas y pies

Figura 6. Técnica de relajación progresiva de Jacobson (segundo grupo de músculos). Fuente: Legg (2014).

Tarea: Seguir practicando la relajación progresiva una vez al día, todos los días para que así se vuelva un hábito en su vida diaria.

Resultados: Logramos finalizar con el último grupo muscular, lo cual alcanzó relajarse con la técnica aplicada.

Sesión N° 8: Información sobre los pensamientos automáticos

Objetivos: Revisar la tarea asignada de la anterior sesión, conocer los tipos de pensamientos irracionales.

Contenido: Se inició la sesión preguntando a la paciente como se encontraba, manifestó que estaba un poco molesta porque había discutido con una cliente, que quería devolver una prenda que había llevado hace días y quería que se la cambiara porque no le quedaba bien y le dije que no se podía porque paso varios días, ella dijo que tenía derecho y yo le dije que una vez entregado el producto no hay devolución así que no se movió del lugar y eso si empezó a molestarme así que le dije que se retirara sino llamaría al señor de vigilancia, y se hizo la que no escucho y se giró entonces me molesté más y me di cuenta que iba a levantar la voz entonces me

fui un rato al baño y presione la pasta dental, realice la respiración con la relajación para detectar donde estaba tensa y luego me relaje. Así que salí nuevamente y le dije firme y claro que si no se retiraba iba a llamar al señor de vigilancia, como no me hizo caso fui a buscarlo y la saco a la señora. Ahora que le conté lo que me pasó me siento más tranquila. Se le felicitó porque pudo controlar sus impulsos, respondió que hasta ella misma no se lo cree, pero que si lo pudo hacer. Se le preguntó si practicó la relajación y comentó que si, esta vez logró hacerlo una vez al día, se le reforzó con palabras positivas. Empezamos explicando cómo se forman estos pensamientos en base a la siguiente imagen.

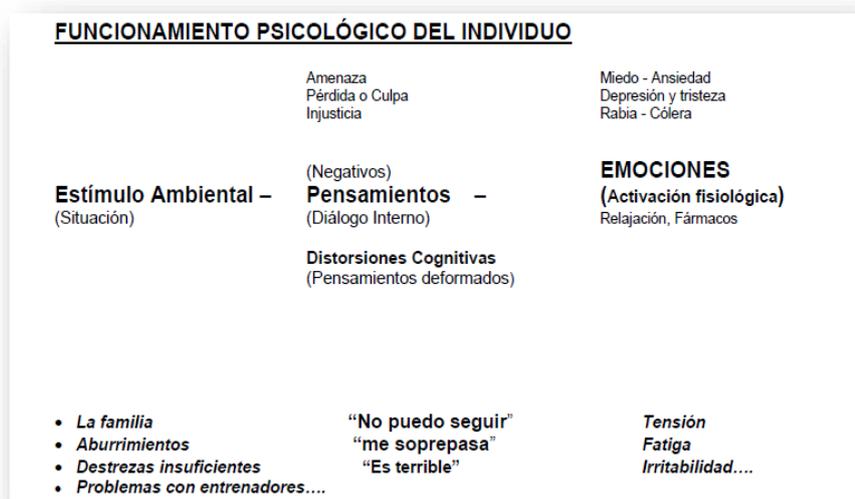


Figura 7. Pensamientos automáticos. Fuente: Elaboración propia.

Lo entendió y pasamos a revisar los tipos de pensamientos automáticos:

1- **Filtraje.** Se enfoca en una sola pieza de información negativa y excluye todas las positivas. Puede fomentar una visión decididamente pesimista.

2- **Pensamiento polarizado.** Se manifiesta como una incapacidad o falta de voluntad para ver sombras de gris. En otras palabras, las cosas son percibidas en términos de extremos.

3- **Sobregeneralización:** toma una instancia o ejemplo y lo generaliza a un patrón general. Por ejemplo, un alumno puede recibir una C en una prueba y concluir que es un fracaso, se enfoca en una sola pieza negativa de información y excluye todas las positivas.

4- **Interpretación del pensamiento:** es la tendencia a sacar predicciones y conclusiones basadas en poca o ninguna evidencia y considerándolas la verdad.

- 5- **Visión catastrófica:** El individuo tiene una visión extrema de las cosas.
- 6- **Personalización:** implica tomar todo personalmente o culparse a sí mismo sin ninguna razón lógica para creer que se tiene la culpa.
- 7- **Falacias de control:** Siente que debe tener el control, incluso se siente responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean.
- 8- **Falacia de la justicia:** Se siente mal porque piensa que sabe qué es la justicia, pero las otras personas no están de acuerdo con ella.
- 9- **Culpabilidad:** Sostiene que los demás son los responsables de su sufrimiento.
- 10- **Debería.** Es la propensión a hacer declaraciones de "debería". Las declaraciones deben ser declaraciones que se hace a sí mismo sobre lo que "debería" hacer, lo que "debería" hacer o lo que "debe" hacer. También, se pueden aplicar a otros, imponiendo un conjunto de expectativas que probablemente no se cumplirán.
- 11- **Razonamiento emocional:** Es la aceptación de las emociones propias como un hecho. Se puede describir como " Lo siento, entonces es verdad". por ejemplo, podemos ponernos celosos y pensar que nuestra pareja siente algo por otra persona, pero eso no lo hace cierto.
- 12- **La falacia de cambio:** implica esperar que otros cambien si los presionamos o alentamos lo suficiente. Esta distorsión suele ir acompañada de la creencia de que la propia felicidad y éxito descansan en otras personas, lo que lleva a creer que obligar a quienes los rodean a cambiar es la manera de lograr lo que se quiere.
- 13- **Las etiquetas globales:** Es la emisión de juicios de valor a la persona misma o a otros en función de una instancia o experiencia. El etiquetado incorrecto se refiere a la aplicación de un lenguaje altamente emocional, cargado e inexacto o irrazonable al etiquetar.
- 14- **Tener razón:** Es la creencia de que siempre se debe tener la razón.
- 15- **La falacia de recompensa divina.** Se manifiesta como la creencia de que las acciones, el sufrimiento y el trabajo duro darán como resultado una recompensa justa. La paciente reconoció que resaltaba más en tener la razón, falacia de la justicia, filtraje y falacia de la recompensa divina. Nos quedamos en este punto.

Tarea: Repasar los pensamientos automáticos

Resultados: Logró entender y reconocer los pensamientos automáticos que con mayor frecuencia se le viene a la mente.

Sesión N° 9: Identificar correctamente los tipos de pensamientos automáticos

Objetivo: Retroalimentación sobre la sesión anterior y saber diferenciar entre los tipos de pensamientos automáticos.

Contenido: Se inició la sesión preguntando, cómo se encontraba, respondió que ha sido una semana tranquila y que ha podido repasar los tipos de pensamientos automáticos. Se realizó una retroalimentación sobre ello, seguidamente se le brindó algunos ejemplos en los cuales debía identificar correctamente que tipo de pensamiento automático era en base a las siguientes situaciones planteadas.

- Desde lo de Lisa, nunca he vuelto a confiar en una pelirroja: sobre generalización.
- Realmente, pocas personas de aquí parecen más listas que yo: personalización
- Si fuera un matrimonio más liberal, podríamos ser un matrimonio más feliz: falacia de cambio.
- He trabajado mucho para criar a mis hijos y mira como me lo agradecen: falacia de la recompensa dividida.
- Si no estás conmigo estás contra mí: pensamiento polarizado.
- Pude haber disfrutado de la excursión a no ser por el pollo que estaba quemado: filtraje.
- Me siento deprimido, la vida no tiene sentido: razonamiento emocional.
- No puedes luchar contra el sistema: falacia de control.
- Tu defecto es que todos los meses te encuentras en un aprieto: culpabilidad.
- Fue un perdedor desde el primer día que se presentó aquí: etiquetas globales.
- No es equitativo que te diviertas y salgas mientras yo me estoy haciendo los trabajos de la casa: falacia de la justicia.

- Siempre está sonriendo, pero sé que no me quiere: interpretación del pensamiento.
- No me importa lo que pienses lo volvería hacer exactamente de nuevo: tener la razón.
- No nos hemos visto en días y creo que nuestra relación se está desmoronando: visión catastrófica.
- No debería preguntar a la gente cuestiones personales: debería.

Se pudo evidenciar que ella pudo identificarlos con facilidad a diferencia de los que no presentaba con frecuencia. Finalmente, me comenta que aquí a dos semanas se ira de viaje y que la siguiente semana sería nuestra última sesión.

Tarea: Seguir repasando sobre los pensamientos automáticos

Resultados: Logró detectar con mayor facilidad los tipos de pensamientos automáticos.

Sesión N° 10: Retroalimentación de todo lo trabajado y despedida

Objetivo: La importancia de poner en práctica todo lo aprendido en las sesiones

Contenido: Empezamos con un saludo y preguntándole de cómo ha estado, manifiesta que está contenta por todo lo que ha podido aprender en el transcurso de las sesiones, realizamos la retroalimentación de todo lo enseñado, luego se le mencionó algunos recursos para manejar los pensamientos erróneos.

- No ver una montaña en un grano de arena.
- No debe culparse de cosas que se escapan de las manos.
- Hay que ver también los grises, las cosas no solo son blancas o negras.
- No podemos conocer lo que piensa la otra persona. Preguntar siempre es lo mejor ante cualquier duda.
- Cada ser humano posee su punto de vista y no precisamente tiene que coincidir con el nuestro.
- Hay que aceptar que no siempre se tiene la razón. Las opiniones de los demás pueden ser muy útiles también.

- Todo lo que pensamos incide en cómo actuamos y nos sentimos; por lo tanto, si modificamos nuestros pensamientos, cambiarán nuestros sentimientos y comportamiento.
- Sustituir la frase “tengo que...” por “lo intentaré”.

Y también sobre la forma de comunicar que debe ser de manera asertiva, lo cual se recalcó establecer un estilo de comunicación asertiva, le permitirá responder a otros de forma adecuada y esto conllevará a disminuir el aislamiento social y optimar sus relaciones con los demás.

- Sabe defender de forma adecuada y eficaz sus derechos y decisiones sin cobardía ni agresividad.
- Expresa sus convicciones, sentimientos y pensamientos, respetando lo de los demás.
- Defiende sus derechos con seguridad y valentía.
- Dice lo que siente o piensa con respeto.
- Se pone en el lugar de los demás.
- Escucha al otro.
- Participa sin miedos.
- No deja que se aprovechen de él.
- Procura ser positivo.
- Negocia, dialoga.
- Conducta no verbal: voz firme y clara, gestos seguros, ritmo fluido, sin vacilaciones, mirada suelta.
- Facilita el logro de los objetivos.

Tarea: Repasar los pensamientos automáticos.

Resultados: Logró entender y reconocer los pensamientos automáticos que con mayor frecuencia se le viene a la mente.

Por último, la paciente se sentía muy agradecida por la dedicación y tiempo invertido en el proceso terapéutico, se le mencionó que se encontraba feliz por todo lo que había logrado y

que cuenta con los recursos necesarios para así afrontar los problemas que se puedan presentar en su vida diaria. También se enfatizó, que cuando llegue de su viaje podía retomar el tema de las terapias y que lo más importante es que no olvide lo aprendido. Paso a despedirse y se le deseo muchos éxitos. Y se dio por finalizada la sesión.



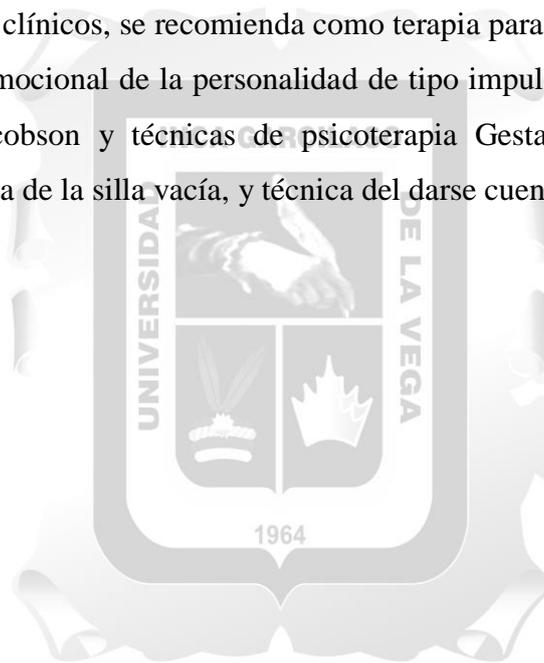
CAPÍTULO 4: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES

CONCLUSIONES

- 1-) El trabajo de suficiencia consistió en presentar la experiencia laboral de psicología clínica en un centro privado de Miraflores. Para lo cual, se realizaron prácticas durante el período de un año, en el cual se atendieron un total de 47 pacientes.
- 2-) En total, se diagnosticaron trastornos mentales a 29,8% de los pacientes atendidos y rasgos de personalidad disfuncional al 70,2%, destacan como principales trastornos diagnosticados durante las prácticas el 28,6% con trastorno límite de la personalidad. Asimismo, se encontró pacientes con trastorno agorafobia, pánico, entre otros.
- 3-) Se realizaron una serie de actividades terapéuticas, preventivas y diagnósticas, destacando entre ellas, los procedimientos ejecutados, el plan de vida, técnicas de relajación, y estrategias para control y manejo del impulso, con un porcentaje de 26,4%; 27,6% y 13,8%, respectivamente.
- 4-) En el caso clínico trabajado, se trató a una paciente femenina de 29 años, a la cual se le aplicó, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test Persona Bajo la Lluvia y Distorsiones Cognitivas, resultando como presunción diagnóstica un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, para lo cual, se trabajó un conjunto de terapias, en diez sesiones, donde se obtuvo como resultado que la paciente se concientizara y mejorara el control de sus impulsos.
- 5-) A nivel general, fue una experiencia enriquecedora que permitió poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria, fortaleciéndolo con la práctica y motivando a la continuación de estudios de actualización, para brindar un servicio profesional excelente en todo momento.

RECOMENDACIONES

- 1-) Al centro privado de Miraflores, se recomienda seguir recibiendo estudiantes, para contribuir a su desarrollo profesional, fortaleciéndolo con la práctica los conocimientos adquiridos.
- 2-) A los psicólogos clínicos, se sugiere fortalecer la prevención de los trastornos mentales, con la educación, y la disminución de los factores de riesgo, promoviendo una vida saludable y promocionando una salud mental adecuada.
- 3-) A los pacientes, asistir a las terapias y seguir las indicaciones del terapeuta para poder ir mejorando paulatinamente.
- 4-) A los psicólogos clínicos, se recomienda como terapia para los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, técnicas de relajación progresiva de Jacobson y técnicas de psicoterapia Gestalt como la autoasistencia psicológica, técnica de la silla vacía, y técnica del darse cuenta.



BIBLIOGRAFÍA

- AmaNacer S.A.C. (2018). *Centro Psicológico AmaNacer S.A.C.* Recuperado de https://www.facebook.com/CentroPsicologicoAmanacer/?hc_ref=ARRXi7awxKtlErnGN7wiDkcYvuzq47kP-ry2ztagqks5jjXk3az6ydEuCPSvRcJR2a
- AmaNacer S.A.C. (2019). *Manual de Organización y Funciones (MOF)*. Lima: AMANACER S.A.C.
- Bakhshani, N. (2014). Impulsivity: a predisposition to risky behaviour. *International journal on high-risk behaviour and addiction* 3 (2): 20-28 DOI: 10.5812 / ijhrba.20428
- Bello, A. (2020). *Darse cuenta*. Recuperado de: <https://www.gestaltintegral.com/libros-y-art%C3%ADculos/>
- Courtney, E. (2020). *Cognitive distortions: when the brain lies to you*. Recuperado de <https://www.deepl.com/translator#es/en/Distorsiones%20cognitivas%3A%20cuando%20el%20cerebro%20te%20miente>
- Delgado, A. (2010). *Líder y emoción*. Proyecto Final del Máster en Educació Emocional i Benestar. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/68306/6/TP_Anamar%C3%ADa_Delgado.pdf
- Ebner-Priemer, U., Santangelo, P. & Bohus, M. (2016). Emotional instability and borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 33 (1), 18-55. doi: 10.1016 / j.eurpsy.2016.01.920
- Ekman, P. (2017). *El rostro de las emociones*. Barcelona: RBA Libros.
- Fernández, M. (2017). The blurry boundaries of Bordeline Personality Disorder. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 37(132): 399-413
- González, S., Díaz, M., Fuentenebro, F., López, J., & Carrasco, J. (2016). Historical review of the borderline personality disorder concept, *Actas Esp Psiquiatr* 34(5):336-43
- Google. (2020). *Ubicación Centro Psicológico Ama Nacer S.A.C.* Recuperado de <https://www.google.com/maps/place/Centro+Psicol%C3%B3gico+AMANACER+S.A.>

C./@-12.1198904,-

77.0253441,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x9105c93e5a447fbb:0x4052a3c1a4ffe096!8m2!3d-12.1198957!4d-77.0231554

McKay, M., Davis, M., y Fannig, P. (1985). *Técnicas Cognitivas para el Estrés*. España: Ediciones Martinez Roca, S.A.

Niedenthal, P. (2017). *Psicología de la emoción*. Maryland: Rutledge

Legg, T. (2014). *Técnica de relajación de Jacobson*. Recuperado de: <https://www.healthline.com/health/what-is-jacobson-relaxation-technique#qampa>

Levy, N. (2016). *Los diálogos interiores: Cómo transformar los estados emocionales que producen sufrimiento*. Argentina: Penguin Random House Grupo Editorial.

OMS (2000). *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS (CIE-10)*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perls, F. (2000). *Gestalt Therapy*. Recuperado de: <https://www.counsellingconnection.com/wp-content/uploads/2013/03/Gestalt-Therapy.pdf>

Stahl, et al. (2014). Behavioral Components of Impulsivity. *Journal of Experimental Psychology: General* 143 (2) 850-886. 1964

ANEXOS

Anexo 1: Entrada Principal del Centro Psicológico AMANACER S.A.C.



Anexo 2: Secretaria y Sala de Espera del Centro Psicológico AMANACER S.A.C.



Anexo 3: Ambiente para Niños Pequeños de 3 a 6 Años



Anexo 4: Ambiente para Niños de 7 a 12 Años



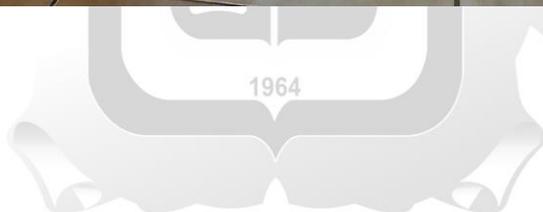
Anexo 5: Consultorios para Adultos



Anexo 6: Consultorios para Adultos



Anexo 7: Estante de Pruebas Psicológicas, Manuales e Historia de Pacientes



Anexo 8: Equipo de AMANACER



Anexo 9: Grupo de AMANACER divirtiéndose con las dinámicas



Anexo 10: Grupo de AMANACER divirtiéndose con las dinámicas (continuación)





Anexo 11: Consentimiento informado



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO PSICOLÓGICO AMANACER S.A.C

RUC 20602928421

Oscar Calle Briolo Gerente General del Centro Psicológico AMANACER autorizo a la Bachiller Cintya Rosaluz Ramos Salas con código 715482180 pueda usar exclusivamente para realizar su trabajo académico de Suficiencia Profesional para obtener el Título Profesional.

Se expide el presente documento, para los fines administrativos pertinentes.

Lima, 04 de Agosto del 2020


Oscar Calle Briolo
DNI: 07874216
GERENTE GENERAL

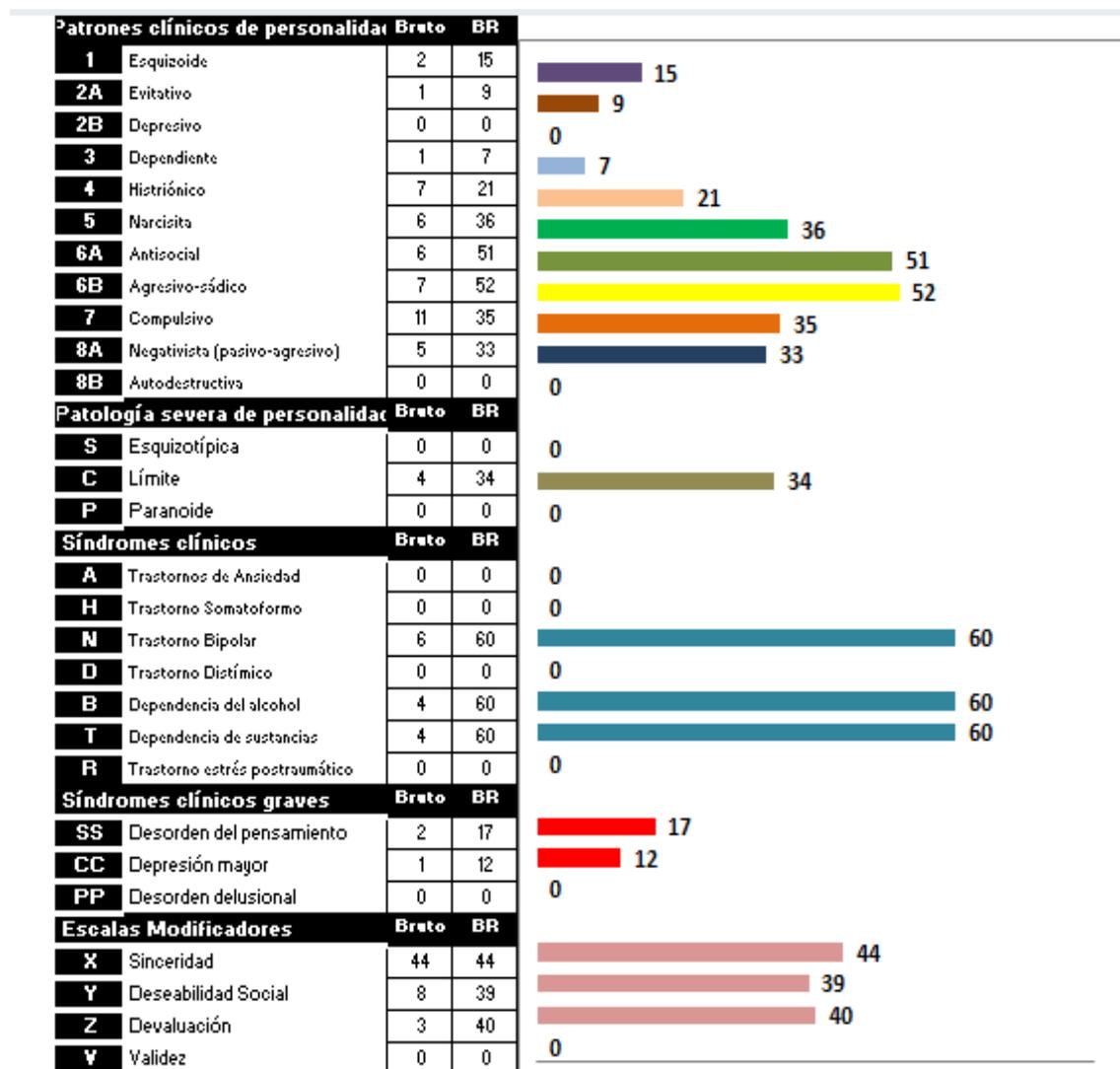
Centro Psicológico
Amanacer

 psicocob@amanacer.com
 901231119

Anexo 12: Prueba de Distorsiones Cognitivas

RESULTADOS			NORMAL	RIESGO BAJO	RIESGO ALTO
			<2	>=2	>=6
1.-FILTRAJE		6			
2.-PENSAMIENTO POLARIZADO		3			
3.-SOBREGENERALIZACION		5			
4.-INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO		3			
5.-VISION CATASTROFICA		3			
6.-PERSONALIZACION		3			
7.-FALACIA DE CONTROL		4			
8.-FALACIA DE JUSTICIA		6			
9.-RAZONAMIENTO EMOCIONAL		1			
10.-FALACIA DE CAMBIO		5			
11.-ETIQUETAS GLOBALES		3			
12.-CULPABILIDAD		4			
13.-LOS DEBERIA		3			
14.-FALACIA DE RAZON		7			
15.-FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA		6			

Anexo 13: Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMII-III



Anexo 14: Test de la persona bajo la lluvia



Anexo 15: Test de La Figura Humana De Karen Machover



Anexo 16: Test de Matrices Progresivas para adultos (Raven).

A		B		C		D		E	
1	4	1	2	1	8	1	3	1	7
2	5	2	6	2	2	2	4	2	6
3	1	3	1	3	3	3	3	3	8
4	2	4	2	4	8	4	7	4	2
5	6	5	1	5	7	5	8	5	1
6	3	6	3	6	4	6	6	6	3
7	6	7	5	7	5	7	5	7	2
8	2	8	6	8	7	8	4	8	6
9	1	9	4	9	7	9	1	9	1
10	3	10	3	10	6	10	2	10	1
11	5	11	4	11	1	11	8	11	3
12	4	12	5	12	3	12	1	12	2
PUNT. PARC.	12	PUNT. PARC.	12	PUNT. PARC.	10	PUNT. PARC.	10	PUNT. PARC.	8

ACTITUD DEL SUJETO FORMA DE TRABAJO	DIAGNOSTICO																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Reflexiva</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Intuitiva</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Rápida</td> <td style="text-align: center;">Lenta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inteligente</td> <td style="text-align: center;">Torpe</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Concentrada</td> <td style="text-align: center;">Distraída</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DISPOSICIÓN</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dispuesta</td> <td style="text-align: center;">Fatiga</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Interesada</td> <td style="text-align: center;">Desinteresada</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tranquila</td> <td style="text-align: center;">Intranquila</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Segura</td> <td style="text-align: center;">Vacilante</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">PERSEVERANCIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Uniforme</td> <td style="text-align: center;">Irregular</td> </tr> </table>	Reflexiva	Intuitiva	Rápida	Lenta	Inteligente	Torpe	Concentrada	Distraída	DISPOSICIÓN		Dispuesta	Fatiga	Interesada	Desinteresada	Tranquila	Intranquila	Segura	Vacilante	PERSEVERANCIA		Uniforme	Irregular	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Edad Cron</td> <td style="width: 25%;">31 a, 2 m, 24 d</td> <td style="width: 10%;">Puntaje</td> <td style="width: 15%;">52</td> </tr> <tr> <td>T / mint.</td> <td>23' 20"</td> <td>Percetil</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Discrep.</td> <td>0,11, -1,0, 0</td> <td>Rango</td> <td>1</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Diagnóstico</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Se ubica en la categoría Superior al Termino Medio.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">..... Examinador</p>	Edad Cron	31 a, 2 m, 24 d	Puntaje	52	T / mint.	23' 20"	Percetil	95	Discrep.	0,11, -1,0, 0	Rango	1
Reflexiva	Intuitiva																																		
Rápida	Lenta																																		
Inteligente	Torpe																																		
Concentrada	Distraída																																		
DISPOSICIÓN																																			
Dispuesta	Fatiga																																		
Interesada	Desinteresada																																		
Tranquila	Intranquila																																		
Segura	Vacilante																																		
PERSEVERANCIA																																			
Uniforme	Irregular																																		
Edad Cron	31 a, 2 m, 24 d	Puntaje	52																																
T / mint.	23' 20"	Percetil	95																																
Discrep.	0,11, -1,0, 0	Rango	1																																