



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en pacientes de un Hospital
de Salud Pública en Pisco- Ica.

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de LICENCIADO EN PSICOLÓGIA

AUTOR (ES)

Bachiller Elorreaga Hernández, Katherin del Pilar.

ASESOR

Mg. Vera Cortegana. Ramón Inocente.

Lima, febrero, 2021

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a mi familia quienes fueron mi soporte emocional en este proceso importante en mi desarrollo profesional, ya que me apoyaron en concretar esta meta con mucho sacrificio.

A dios que me lleno de fortaleza para ser perseverante en este camino de enseñanza y dedicación, ya que fue mi guía para seguir construyendo aprendizajes a lo largo de este tiempo.

A mi maya que fue mi compañera incondicional a lo largo de este proceso.

A mi madre por estar siempre para mí, siendo mi fortaleza esencial en todo mis metas.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Mg. Ramón Inocente Vera Cortegana quien fue mi mentor en este proceso de licenciamiento, ya que consolidó mis conocimientos y facilitó recursos para poder lograr esta meta importante en mi desarrollo profesional.

Así mismo quiero agradecer a mis docentes de mi Casa de Estudios “Universidad Inca Garcilaso de la Vega” quienes me ayudaron en mi formación profesional, desde el inicio de mi carrera hasta el término de ella, ya que me permitieron desarrollar competencias para abordar diversas problemáticas sociales.



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El presente trabajo tiene como finalidad describir las actividades realizadas durante el período de prácticas, las cuales fueron desarrolladas en el área de la psicología clínica, en un Hospital de Salud Pública en Pisco-Ica, donde se contaba con más de veinte establecimientos de servicios de atención e instalaciones que actuaban en beneficio a todos los usuarios de la región que se encontraban afiliados al sistema de atenciones. El servicio de psicología se encargaba de ofrecer una atención multidisciplinaria, ya que además se contaba con el servicio de MAMIS (Módulo de Atención de Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud), ambos servicios tenían como principal objetivo la prevención, evaluación, diagnóstico e intervención a fin de atender, comprender y aligerar los diversos problemas psicológicos. Estos dos servicios estaban dirigidos a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, donde el mayor flujo de atención se evidenciaba en el horario diurno. Es bien sabido que la mayoría de los problemas que presentaban los pacientes que acudían al servicio de psicología estaban relacionados a las creencias irracionales, que se manifestaban mediante niveles de creencias, siendo estas quienes desencadenaban un estado emocional de auto sufrimiento que les generaba un desajuste conductual ante la realidad. Por esta razón, se presentará un caso clínico donde se evidenciará el proceso de intervención con la aplicación de la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis.

Palabras clave: creencias irracionales, disfuncionalidad, estado emocional, terapia racional emotiva conductual.

Application of rational emotive behavior therapy on patients of Pisco- Ica Public Health Hospital.

ABSTRACT AND KEYWORDS

The present work had as objective to describe the activities that had been done during the internship, which were developed in the field of clinical psychology, in a Pisco's Public Health Hospital, where there were more than twenty care service establishments and facilities that worked on benefit of all the users in the region who were affiliated with the care system. The psychological service was in charge of offering a multidisciplinary care, since it also had the MAMIS program (Child and Adolescent Health Care Module), this service had as main objective prevention, evaluation, diagnosis and intervention in order to attend, understand and alleviate the various psychological problems. Both of the services were aimed at children, adolescents, adults and seniors where the greatest flow of attention was at daytime. It is well known that most of the problems shown by the patients that attended to the psychological service were related to irrational beliefs, that were manifested that were manifested through belief levels, which were the ones that triggered an emotional state of self-suffering that generated them a behavioral imbalance in the face of reality. For this reason, a clinical case will be presented where the intervention process will be evidenced with the application of the Rational Emotive Behavior Therapy by Albert Ellis.

Keywords: irrational beliefs, dysfunction, psychological condition, rational emotive behavior therapy.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	iv
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPITULO 1: ASPECTOS GENERALES	
1.1 Descripción de la empresa o institución.....	12
1.1.1 Descripción del producto o servicio.....	16
1.1.2 Ubicación geográfica y contexto socioeconómico.....	20
1.1.3 Actividad general o área de desempeño.....	21
1.1.4 Misión y visión.....	21
CAPITULO 2: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA	
2.1 Actividad profesional desarrollada.....	22
2.2 Propósito del puesto y funciones asignadas.....	43
CAPITULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	
3.1 Teoría y práctica en el desempeño profesional.....	45
3.2 Acciones, metodologías y procedimientos.....	61

3.2.1 Anamnesis.....	61
Informe Psicológico.....	67
Plan de Tratamiento.....	71
CAPITULO 4: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES.	
CONCLUSIONES.....	112
RECOMENDACIONES.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXOS.....	118



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Soporte emocional brindados en las áreas de hospitalización.....	24
Tablas 2. Entrevistas realizadas en el servicio de psicología.....	26
Tabla 3. Tipos de evaluaciones realizadas en el servicio de psicología.....	28
Tabla 4. Tamizajes de salud mental realizados	29
Tabla 5. Tipos de diagnósticos realizados.....	30
Tabla 6. Finalidad de las constancias psicológicas.....	34
Tabla 7. Visitas domiciliarias realizadas	34
Tabla 8. Tipos de charlas psicoeducativas.....	37
Tabla 9. Nivel de desarrollo de comunicación entre los padres y estudiantes de la I.E antes y después del “Taller Familias Fuertes”	39
Tabla 10. Identificación de creencias irracionales por parte del psicólogo.....	75
Tabla 11. Tareas asignadas a la paciente para identificar B en su entorno familiar.....	83
Tabla 12. Debate de creencias irracionales de la A1 por parte del psicólogo.....	84
Tabla 13. Registro de situaciones agradables por parte de la paciente.....	89
Tabla 14. Debate de creencias irracionales de la A2 por parte del psicólogo.....	90
Tabla 15. Debate de creencias irracionales de la A3 por parte del psicólogo.....	99
Tabla 16. Debate de las creencias irracionales identificadas por parte de la paciente.....	106
Tabla 17: Refinanciamiento de las creencias	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama de Departamento de Apoyo al tratamiento.....	15
Figura II. Organigrama del Servicio de Psicología	17
Figura III. Ubicación geográfica del Hospital de Salud Pública en Pisco.....	20
Figura IV. Estructura de misión, visiones institucionales.....	21
Figura V. Proceso de Intervención en Hospitalización.....	23
Figura VI. Técnica de la Torta	92



INTRODUCCIÓN

Son alarmantes las problemáticas psicológicas que aquejan actualmente a la sociedad, pues generan un alto deterioro en la salud mental del ser humano, viéndose reflejados en los altos índices de atenciones en las entidades públicas y privadas, donde la mayoría de la población de la región que era atendida en el servicio de psicología del Hospital, presentaban serios problemas emocionales, los cuales conllevaban en su mayoría a conductas autodestructivas.

La psicología clínica y de la salud tiene como principal objetivo la evaluación, diagnóstico y tratamiento con el fin de aligerar los diversos problemas psicológicos que puede presentar en el ser humano como un ser individual y social. Así mismo, es necesario precisar que los problemas mentales son desencadenados por factores genéticos, psicológicos, sociales, condiciones estresantes, problemáticas familiares, enfermedades, trastornos hereditarios o genéticos, creencias irracionales traducidos en pensamientos no razonables que producen en el ser humano niveles de angustia y malestar que tienden a perturbar la actividad intelectual, los estados de ánimos y comportamientos que no se ajustan a las creencias o normas culturales del entorno en el cual se desenvuelve la persona.

Por lo analizado y expuesto se plantea La Teoría Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, que señala que “No son las cosas que atormentan a los hombres, sino la opinión que tienen de ellas”, ya que todos adquirimos un sistema de creencias que se van desarrollando empíricamente o culturalmente, siendo estas desencadenantes de nuestro estado emocional y funcionalidad de emoción y conducta.

En el capítulo I se desarrollarán los aspectos generales de la empresa, detallando información relevante como la infraestructura, instalaciones, equipamientos, y datos como la ubicación geográfica del Hospital de Salud Pública, además de las unidades y servicios de atención que se ofrece a comunidad, también se describirán aspectos formales como visión y misión institucional que presentan en beneficio a la región.

En el capítulo II se describirá de manera general la experiencia profesional y actividades desarrolladas en el servicio de psicología, que se realizaron en las diferentes áreas asistenciales, como soporte emocional en hospitalización, tratamientos, evaluaciones, diagnósticos y

capacitaciones, teniendo como propósito del puesto brindar una calidad de servicio a los usuarios viéndose reflejadas en las funciones asignadas del psicólogo clínico.

En el capítulo III se desarrollará la parte fundamental del trabajo como las teorías y prácticas empleadas en el desempeño profesional, se detallará las acciones, metodologías y procedimientos que fueron aplicados en la experiencia profesional con el objetivo de optimizar la calidad de atención en los pacientes. Así mismo se evidenciará un análisis de caso clínico, que se sustentará bajo la Teoría Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis.

En el capítulo IV se desarrollará las principales contribuciones que se realizaron en la experiencia profesional en el área clínica, y se detallará las acciones que fueron aplicadas y el análisis de los factores que influyeron en la experiencia profesional. A su vez se plantearán recomendaciones en beneficio a la institución y anexos que servirán de sustento de la experiencia profesional.



I. CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

Como refiere la página oficial del Hospital de Salud Pública de Pisco, la organización está conformada por órganos, oficinas y unidades como se detalla a continuación:

1. Órgano de Dirección

- Dirección Ejecutiva.

2. Órgano de Control

- Control Institucional

3. Órganos de Asesoramientos

- Oficina de Planeamiento Estratégico.
- Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Unidad de Gestión de Calidad

4. Órganos de Apoyo

A) Unidad de Administración.

- Unidad de Personal.
- Unidad de Economía.
- Unidad de Logística.

B) Unidad de Servicio Generales y Mantenimiento.

C) Unidad de Estadística e Informática

D) Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

E) Unidad de Seguros y Referencias.

F) Unidad de Programas Normas y Servicios.

- Servicio de Modelo de Atención Integral de Salud.
- Servicio de Promoción de Salud.

Así mismo contaban con once departamentos de atención que ofrecían veintiseis servicios en beneficio a todos los usuarios afiliados al sistema de atención, las cuales estaban constituidos por departamentos servicios, como refiere la página oficial del Hospital de Salud Pública de Pisco.

1. Departamento de Medicina.
 - Servicio de Medicina Interna.
 - Servicio de Medicina Especializada.
 - Servicio de Medicina Hiperbárica
2. Departamento de Cirugía.
 - Servicio de Cirugía General.
 - Servicio de Cirugía Especializada.
3. Departamento de pediatría.
 - Servicio de pediatría.
 - Servicio de Neonatología.
4. Departamento de Gineco Obstetricia.
 - Servicio de Ginecología.
 - Servicio de Obstetricia.
 - Servicio de Obstetrices.
5. Departamento de Odonto Estomatología.
 - Servicio de Odontopediatría
6. Departamento de Enfermería.
 - Servicio de Enfermería en Consulta Externa.
 - Servicio de Centro Quirúrgico.
 - Servicio de Enfermería en Emergencia.

- Servicio de Enfermería en Hospitalización.
7. Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos.
 - Servicio de Emergencia.
 - Servicio de Cuidados Críticos y Traumashock.
 8. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
 9. Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
 - Servicio de Patología Clínica y Banco de Sangre.
 - Servicio de Anatomía Patológica.
 10. Departamento de Diagnóstico por Imágenes
 - Servicio de Radiología.
 - Servicio de Ecografía.
 11. Departamento de Apoyo al Tratamiento.
 - Servicio de Nutrición y Dietética.
 - Servicio de Farmacia.
 - Servicio Social
 - Servicio de Psicología.

El departamento de apoyo al tratamiento, se encontraba el servicio de psicología, estaba construido de material noble y contaba con un espacio de aproximadamente de 7m², en la parte externa contaba con una sala de espera que permitía a los usuarios esperar su atención, y en la parte interna contaba con una amplia ventilación que se podía observar las áreas verdes del Hospital.

El espacio estaba dividido por un estante que separaba las atenciones psicológicas y la parte administrativa donde se realizaban informes, constancias de salud. Así mismo se contaba con mobiliario mínimo como, 04 sillas, 02 escritorios, 01 mesas, 01 armarios, material didáctico como juegos didácticos, cuentos didácticos, 01 camilla, archivos que contenían expedientes importantes e instrumentos para evaluación psicológica.

El servicio de psicología contaba también con el servicio de MAMIS que era el Módulo de Atención de Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud, su infraestructura era de material noble, en la parte interna contaba con amplia una ventilación, donde se observaba las áreas verdes del Hospital, contaban con dos divisiones, una de atenciones y administrativa. Así mismo se contaba con mobiliario mínimo, 04 sillas, 1 escritorio, 1 mesa, 1 armario, 1 estante, material didáctico como cuentos y juegos para niños.



Figura 1. Organigrama de Departamento de Apoyo al tratamiento. Fuente. Elaboración propia.

1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO.

En el Servicio de Psicología se brindaba atención a todos los usuarios afiliados al sistema de atención, las atenciones se realizaban en dos turnos:

El horario de atención establecido en el turno de la mañana era de lunes a sábado de ocho de la mañana hasta una de la tarde, se brindaba un período de cuarenta minutos por paciente. Así mismo se contaba con el turno de guardia, el cual se daba por un horario extendido de ocho de la mañana a las ocho de la noche.

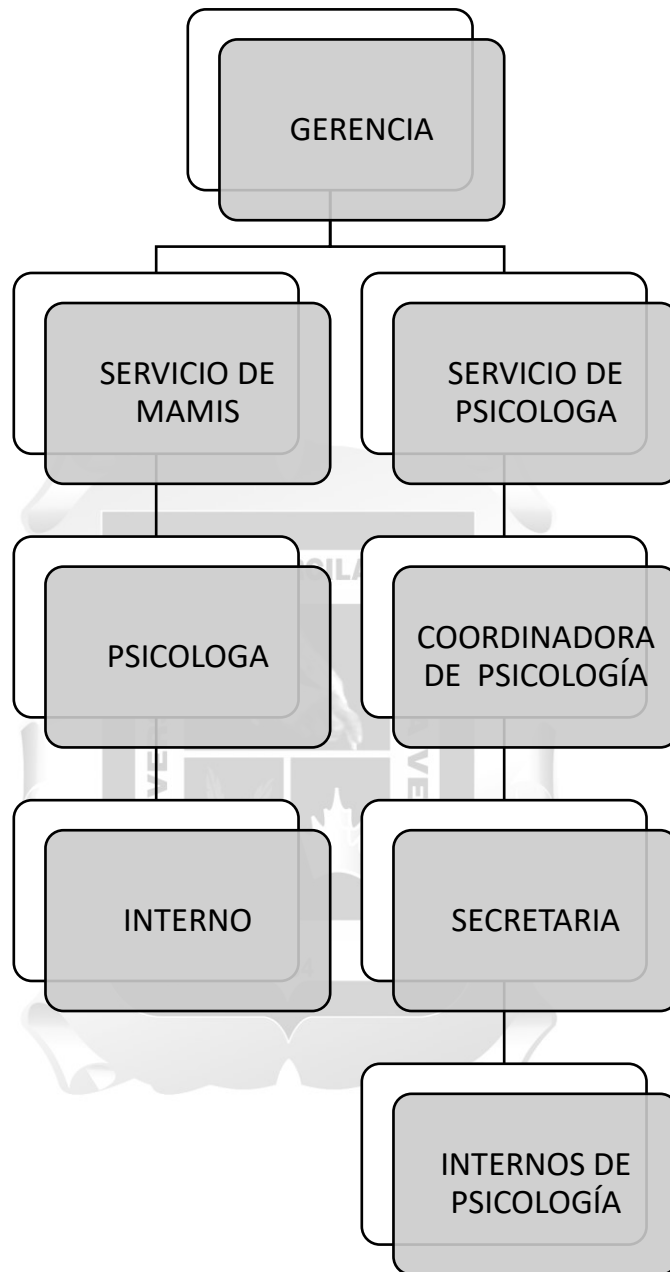
En el turno de la mañana, se evidenciaba un mayor flujo de atención por la demanda de pacientes al servicio, en su mayoría acudían al servicio pacientes como niños en compañía de su tutor, pacientes adultos, y adultos mayores.

En casos de los pacientes niños acudían al servicio por derivación de las Instituciones Educativas para evaluaciones psicológicas, donde la mayoría de problemáticas estaban relacionadas al bajo rendimiento escolar, problemas emocionales o conductuales. En caso de los adultos y adultos mayores acudían por problemas emocionales y también por requerimientos de constancias de salud mental.

En el horario de la tarde también se brindaba atención a los pacientes, siendo el horario establecido de dos de la tarde hasta las seis de la tarde, en este horario se contaba a cargo 01 psicóloga donde atendía a una minoría de población, ya que el flujo de atención no era tan alto como en el de la mañana.

El servicio de psicología estaba constituido por:

- Psicóloga (Coordinadora de salud Mental del Hospital).
- Secretaria.
- Internos de Psicología (8)

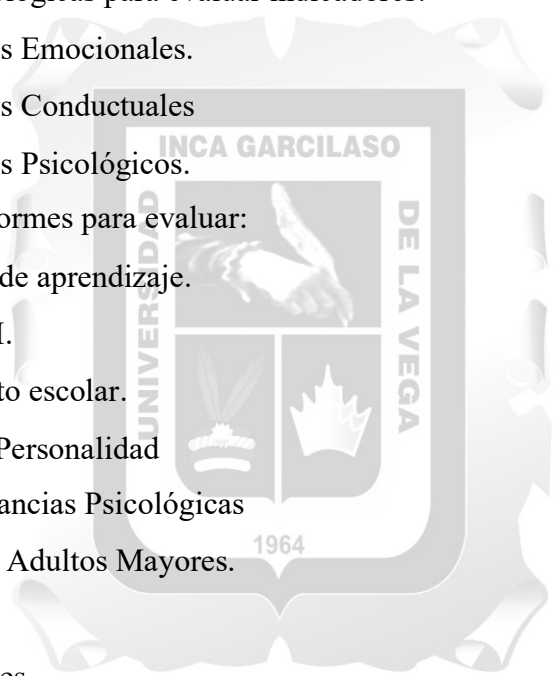


*Figura II. Organigrama del Servicio de Psicología del Hospital de Salud Pública en Pisco.
Fuente: Elaboración propia.*

Las atenciones se realizaban previa citas en el área de admisión e inmediatamente se recepcionaba la historia clínica del paciente por parte de los internos del departamento de psicología para luego recibir la atención requerida.

El departamento de psicología se encargaba de brindar un servicio de calidad donde se brindaban:

- A) Orientación y consejería.
- B) Pautas de Crianza.
- C) Terapia individual.
- D) Orientación y consejería dirigida a parejas.
- E) Evaluaciones psicológicas para evaluar indicadores:
 - Indicadores Emocionales.
 - Indicadores Conductuales
 - Indicadores Psicológicos.
- F) Elaboración de informes para evaluar:
 - Problemas de aprendizaje.
 - Nivel de CI.
 - Rendimiento escolar.
 - Rasgos de Personalidad
- G) Elaboración Constancias Psicológicas
 - Dirigidos a Adultos Mayores.
 - Adultos.
 - Adolescentes.
- H) Intervención a las interconsultas que eran derivados por el área de Hospitalización que correspondían a los servicios:
 - Neonatología.
 - Medicina.
 - Ginecología.



I) Charlas y Talleres a Entidades Públicas

- Municipalidad.
- Instituciones Educativas.
- Apoyo en las Campañas de Prevención y Promoción de la Salud.

J) Visitas domiciliarias:

Se brindaba soporte emocional y atención multidisciplinaria a los casos de mayor impacto psicológico como:

- Casos de Depresión grave.
- Casos Trastornos alimenticios.
- Casos Fobia Social.
- Casos de Violencia Familiar.
- Casos de Esquizofrenia.
- Casos de Alcoholismo.

El departamento de Apoyo al Tratamiento, se encontraba el servicio de psicología, el cual contaba con el apoyo del Módulo de MAMIS (Módulo de Atención de Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud), que se encargaba de brindar un soporte emocional a niños, niñas y adolescentes víctima de violencia física, psicológica y sexual y por abandono o negligencia, donde se le daba una intervención multidisciplinarias, donde intervenía el servicio de psicología, pediatría, ginecología, obstetras, trabajadoras social y abogados quienes coordinaban los aspectos legales con la fiscalía y otros.

1.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO.

El hospital de salud pública se encontraba ubicada en la calle Fermín Tangüis Alto la Laguna Mz B Lt1- Pisco- Ica.

Contaba con un Área total de terreno de 27,715.98 m², donde sólo 10,916.62 m² era el área construida, su infraestructura era de material noble, contaban con servicios de luz, agua, desagüe las cuales eran suministradas por la red pública.

El contexto socioeconómico, estaba conformado a sus alrededores por población media alta, donde en su mayoría contaban con servicio de agua potable y luz.

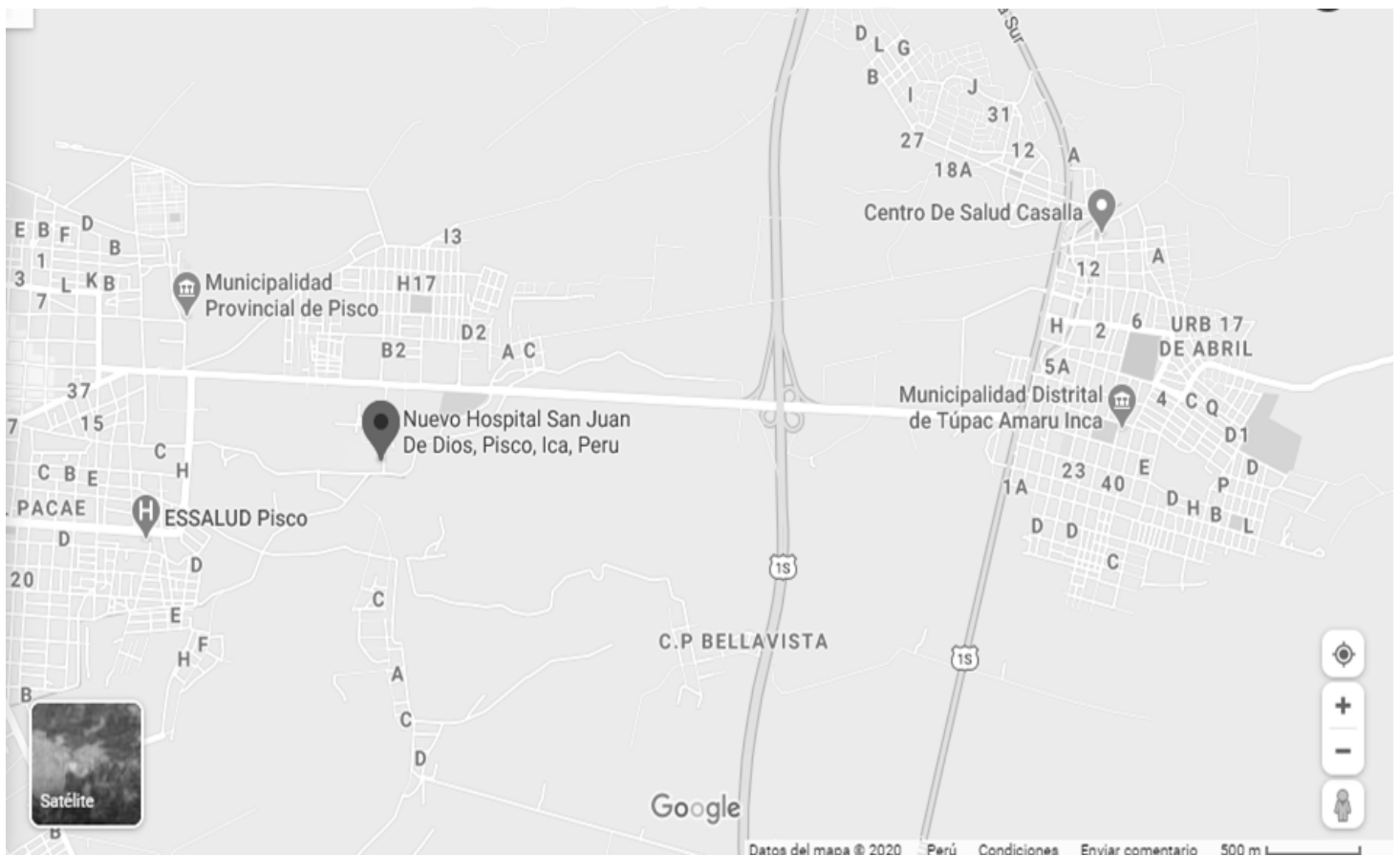


Figura III. Ubicación geográfica del Hospital de Salud Pública en Pisco (Google Maps, 2020)

1.1.3 ACTIVIDAD GENERAL O ÁREA DE DESEMPEÑO.

La experiencia profesional se realizó en el área de PSICOLOGÍA CLÍNICA.

1.1.4 MISIÓN Y VISIÓN

De acuerdo a la página del Hospital de Salud Pública de Pisco, la visión, misión y valores institucionales, son las que se describen a continuación:

MISIÓN:

Brindar una atención especializada e integral en condiciones de plena accesibilidad a la población, mediante la prevención de los riesgos de salud, protegiendo del daño, recuperando la salud, rehabilitando pacientes y construyendo entornos saludables.

VISIÓN:

Ser un Hospital líder a nivel Local y Regional, manteniendo, capacitando y adquiriendo un personal altamente calificado, comprometido y conducido para realizar una excelente calidad y calidez de servicio a nuestros pacientes y usuarios, mejorando así cada vez la imagen institucional de nuestra Institución.

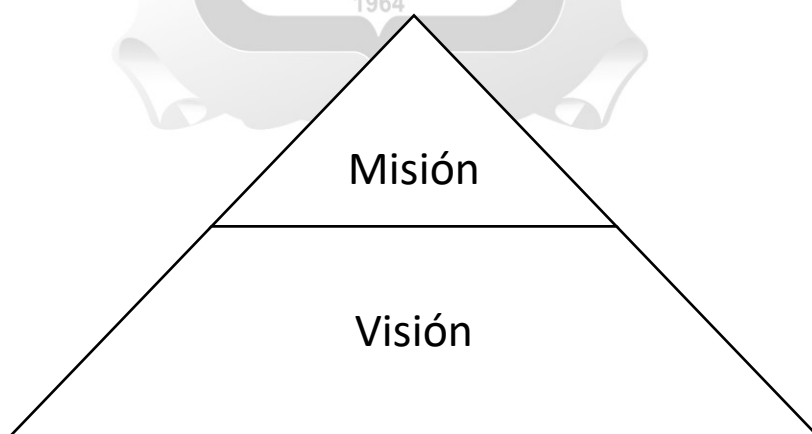


Figura IV Estructura de misión, visión y valores institucionales del Hospital de Salud Pública en Pisco Fuente: Elaboración propia

II. CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

2.1 ACTIVIDAD PROFESIONAL DESARROLLADA.

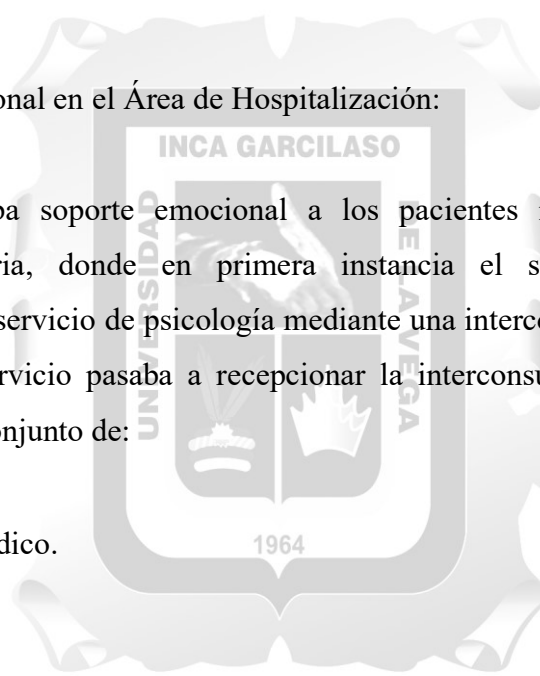
Las actividades que se realizaban en el Hospital de Salud Pública, estaban conformadas por diferentes áreas de intervención, las cuales se detallan a continuación.

A) Área Asistencial:

1. Soporte Emocional en el Área de Hospitalización:

Se brindaba soporte emocional a los pacientes mediante una intervención multidisciplinaria, donde en primera instancia el servicio de hospitalización comunicaba al servicio de psicología mediante una interconsulta la necesidad a tratar, es donde el servicio pasaba a recepcionar la interconsulta y brindar una atención inmediata en conjunto de:

- Equipo médico.
- Psiquiatra.
- Psicólogo.
- Médico de turno.
- Internos (medicina) (psicología).



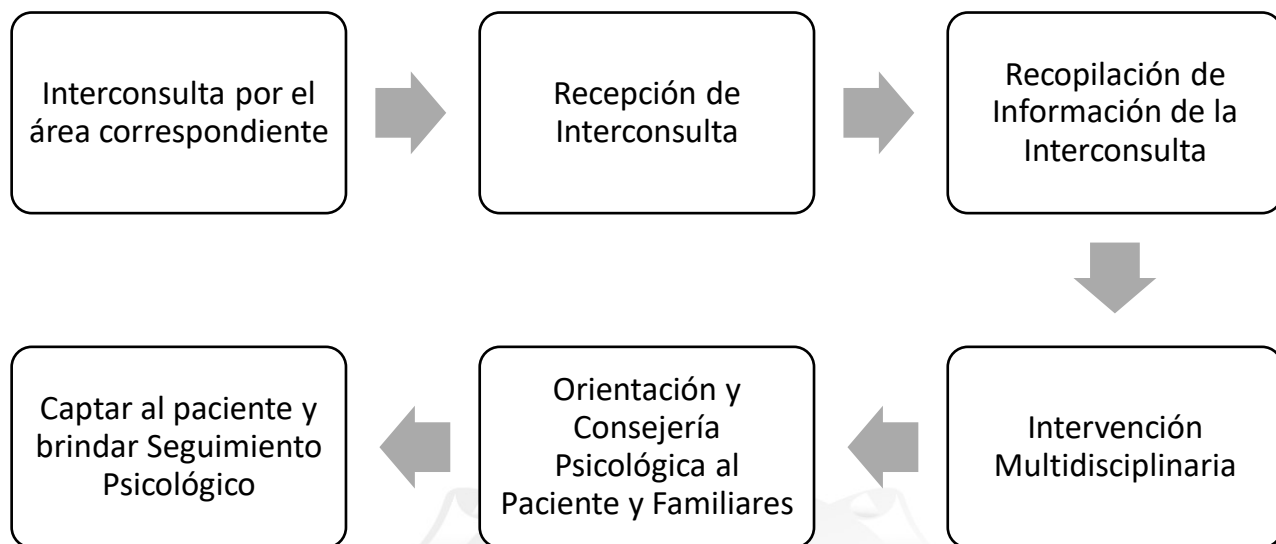


Figura V. Proceso de Intervención en Hospitalización: Elaboración propia.

- Área de Medicina:

Se brindaba soporte emocional acompañado de orientación y consejería psicológica en casos de intentos de suicidios, siendo el 29.62 % de la población afectada por problemas de depresión, que desencadenaban conductas disfuncionales en los pacientes donde la mayoría de los casos reportados eran de ingesta de ácidos como lejía, ingesta por medicación, ingesta de otros elementos tóxicos (veneno).

El 18.52% eran casos reportados por intoxicación por alcohol, en estos casos se realizaba asistencia psicológica con el apoyo de la psicóloga encargada e internos, se brindaba una entrevista breve al paciente donde se pretendía conocer el motivo del acontecimiento para luego brindar orientación y consejería psicológica y posteriormente captar al servicio al paciente y realizarle un seguimiento psicológico.

El 18.52% eran casos reportados de mujeres que habían padecido aborto espontáneo las cuales presentaba indicadores de angustia, tristeza, culpa, al evaluarse aspectos emocionales acerca del acontecimiento, el psicólogo encargado brindaba orientación y consejería al paciente que tenía una afectación emocional donde la finalidad era brindarle recursos a corto plazo y estabilizar su estado emocional.

Se brindaba orientación y consejería en casos de mujeres con problemas emocionales (puérperas), siendo el 33.33% de los casos atendidos que denotaban expectativas negativas en relación a su etapa materna, donde las llevaba a un estado de angustia marcada debido a problemas conyugales, familiares o expectativas propias.

Tabla 1.

Soporte Emocional brindados en las áreas de Hospitalización del Hospital de Salud Pública

Áreas de Hospitalización	Casos atendidos	N° de Casos	%
Área de Medicina	- Intentos de suicidios -	8	29.62 %
	Intoxicación por alcohol	5	18.52 %
	-Abortos espontáneos	5	18.52 %
	-Puérperas con problemas emocionales	9	33.33 %
Total. General		27	100 %

Interpretación. Los pacientes atendidos en el área de Hospitalización fueron 29.62% casos de intentos de suicidios, 18.52% casos de intoxicación por alcohol, 18.52% casos de abortos espontáneos y 33.33% casos de puérperas con problemas emocionales.

B) Entrevista psicológica:

En esta fase se generaba la alianza terapéutica, es aquí donde se establece el primer contacto entre el psicólogo y el paciente. El psicólogo hace uso de sus técnicas y competencias para dar apertura a los contenidos emocionales del paciente, recogiendo toda

la información relevante y detectando signos y síntomas, para luego proceder con la evaluación y tratamiento del paciente.

Las competencias psicológicas que se ponían en práctica en la experiencia profesional a la hora de abordar un caso clínico eran las que se detallan a continuación.

1. Autoconciencia: Esta competencia permite al terapeuta ser consciente de sus habilidades y debilidades de sus técnicas a la hora de abordar un caso clínico.
2. Autoaceptación: Es una de las competencias terapéuticas donde se pretende aligerar las creencias del psicólogo.
3. Autoconfianza: Es importante en el proceso terapéutico que el terapeuta manifieste confianza en sí mismo, en relación a la intervención y sus capacidades.
4. Flexibilidad: Permite al terapeuta adaptarse a los cambios que puedan surgir en el proceso de intervención.
5. Creatividad: Permite al terapeuta hacer uso de sus recursos para afrontar una intervención.
6. Proactividad: Permite al terapeuta innovar, investigar sobre la realidad del paciente y generar un cambio.
7. Sentido del humor: Genera un impacto emocional funcional, donde se pretende generar una visión de la problemática.
8. Congruencia: Es importante ser congruente en el proceso, ya que refleja lo que se dice y se hace.
9. Compostura: Permite al terapeuta respetar los contenidos del paciente, valores, creencia, religión.
10. Optimismo: Permite focalizar el proceso teniendo una percepción positiva.
11. Empatía: Permite al terapeuta sintonizar con las emociones del paciente.
12. Capacidad de apoyo: Es una de las competencias importantes en el proceso ya que es la base para generar un cambio en el paciente.
13. Compromiso: Genera una conexión con el objetivo del paciente, brindándole recursos necesarios para generar un cambio favorable ante su problemática.

14. Comunicación asertiva: Es importante tener una comunicación asertiva en el proceso terapéutico, ya que permite una comunicación clara de los contenidos que manifiesta el paciente y el terapeuta.
15. Calidez: En esta competencia influye la actitud, y la entonación que use el terapeuta en el proceso, haciendo uso del “YO”.
16. Validación: Es una de las competencias terapéuticas más importante en el proceso, ya que genera un impacto emocional en el paciente, donde este percibe la total atención y compromiso que tiene el terapeuta con su objetivo.

Tabla 2.

Entrevistas realizadas en el servicio de psicología en el Hospital de Salud Pública de Pisco

Grupo etario	Edades	Nºentrevistas	%
Niños	4-10	7	30.43 %
Adolescentes	11-17	3	13.04 %
Adultos	18-45	8	34.80 %
Adultos mayores	60-	5	21.73 %
Total general		23	100 %

Interpretación: Los pacientes atendidos en el servicio de psicología fueron un total de 23 pacientes, siendo el 30.43% de niños, 13.04% adolescentes, 34.80% adultos y 21.73% adultos mayores.

C) Evaluación e informes psicológicos:

En el departamento de psicología se evaluaban pacientes entre niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, donde se utilizaban una serie de pruebas proyectivas, psicométricas, cuestionarios, inventarios, escalas que permitían recoger información del paciente y conocer aspectos cognitivos, emocionales y conductuales.

Las pruebas que se manejaban en el área de Psicología se detallan a continuación:

1. Escala de Inteligencia STANFORD- BINET.
2. Escala de Inteligencia de Weschler para preescolar y primaria- WPSSI IV.
3. Escala de Inteligencia de Weschler para niños- WISC IV.
4. Test de Matrices Progresivas de RAVEN forma especial.
5. Test de Matrices Progresivas de RAVEN forma general.
6. Escala de Madurez Social de VINELAND.
7. Test Gestáltico Visomotor de BENDER.
8. Test de Figuras Geométricas de GESSEL.
9. Prueba de Estado Mental MINI MENTAL- Basado en FOLSTEIN.
10. Inventario Clínico Multiaxial de MILLON MCMI-II.
11. Inventario Clínico de MILLON para adolescentes- MACI.
12. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota - MINIMULT.
13. Inventario de Personalidad de EYSENCK forma A para niños.
14. Inventario de Personalidad de EYSENCK forma B para adultos.
15. Test proyectivo de dibujo de la figura humana de KAREN MACHOVER.
16. Test proyectivo del Hombre Bajo la Lluvia de SILVIA Y MARIA.
17. Test de Depresión de Zung.
18. Inventario de Depresión de Beck. 1964
19. Escala de Ansiedad y Depresión de Zung.
20. Test de completamiento de frases estructuradas de FORER.
21. Test proyectivo de la Familia de LOUIS CORMAN.
22. Inventario de intereses Vocacionales de ANGELINI.
23. Test de Frases Incompletas de SACK-NIÑOS.
24. Test de Frases Incompletas de SACK-ADOLESCENTES.
25. Test de Frases Incompletas de SACK-ADULTOS.

Tabla 3.

Tipos de evaluaciones realizadas en el Servicio de Psicología del Hospital de Salud Pública en Pisco.

Tipos de evaluación	N°	%
Escala de Inteligencia de Weschler para preescolar y primaria- WPSSI IV.	1	0.88%
Escala de Inteligencia de Weschler para niños- WISC IV.	6	5.31%
Test Gestáltico Visomotor de BENDER.	1	0.88%
Inventario de Personalidad de EYSENCK forma A para niños.	7	6.20%
Inventario de Personalidad de EYSENCK forma B para adultos.	8	7.08%
Test de dibujo de la figura humana de KAREN MACHOVER.	8	7.08%
Inventario Clínico Multiaxial de MILLON MCMI-II	1	0.88%
Test proyectivo del Hombre Bajo la Lluvia.	8	7.08%
Test proyectivo de la Familia de LOUIS CORMAN.	7	6.20%
Test de Depresión de Beck.	16	14.16%
Test de Ansiedad de Zung.	8	7.08%
Escala de Ansiedad y Depresión de Zung.	8	7.08%
Test de Frases Incompletas de SACK-NIÑOS.	7	6.20%
Test de Frases Incompletas de SACK-ADOLESCENTES.	3	2.65%
Test de Frases Incompletas de SACK-ADULTOS.	8	7.08%
Prueba de Estado Mental MINI MENTAL- Basado en FOLSTEIN.	16	14.16%
Total General	113	100%

Interpretación: *Durante el periodo de experiencia profesional en el Hospital de Salud Pública de Pisco, se aplicaron diferentes evaluaciones en el servicio de psicología siendo el Test de Depresión de Beck 14.16% de mayor aplicación*

D) Tamizajes de Salud Mental:

Es un documento presuntivo donde se recogía indicadores psicológicos, fisiológicos, conductuales y emocionales sobre el estado emocional del paciente. Estos tamizajes permitían dar luces del estado emocional del paciente.

Estos tamizajes eran aplicados en los servicios o establecimientos donde había mayor flujo de atenciones.

El horario habitualmente que eran aplicados se daba a las nueve de la mañana en un período de media hora, estos eran aplicados a todos los usuarios que se encontraban en los pasillos del Hospital, para luego registrarlos en un cuaderno donde se tenía el consolidado de los tamizajes.

En casos del que paciente presentaba afectación a la hora de la aplicación se le brindaba una consejería psicológica breve, y se le daba una cita para que se apersona al servicio de psicología para evaluar de manera integral los indicadores del paciente.

Los tamizajes que más se utilizaban en el servicio de psicología se detallan a continuación.

1. Tamizajes Violencia Intrafamiliar (VIF)-ADULTO.
2. Tamizajes Violencia Intrafamiliar -NIÑOS.
3. Tamizaje de Depresión Zung (TD).
4. Tamizaje de Alcohol y Drogas (AUDIT).
5. Tamizaje de Ansiedad (TA)

Tabla 4.

Tamizajes de Salud Mental realizados en el Hospital de Salud Pública.

Tipos de tamizaje	N°	%
Tamizaje VIF adulto	32	31.07 %
Tamizaje VIF niños	13	12.62 %
Tamizaje TD	28	27.18 %
Tamizaje AUDIT	9	8.74 %
Tamizaje de TA	21	20.39 %
Total	103	100%

Interpretación: En la experiencia profesional realizada en el Hospital de Salud Pública de Pisco se realizaron un total de 103 Tamizajes de Salud Mental, donde el porcentaje mayor fue 31.07% siendo éste el tamizaje de violencia familiar de adulto más aplicados en los establecimientos.

E) Diagnóstico:

Se establecía un diagnóstico sobre la problemática del paciente donde se recolectada información mediante de la entrevista psicológica, anamnesis clínica, instrumentos psicológicos aplicados. Este diagnóstico se consignaba de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV y/o CIE 10, donde la mayoría de casos reportados en el servicio de la psicología manifestaban:

1. Trastorno de Ansiedad Leve
2. Trastorno de Ansiedad Moderado.
3. Trastorno de Ansiedad severo o grave.
4. TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo).
5. Trastorno de Depresión Leve.
6. Trastorno de Depresión Moderado.
7. Trastorno de Depresión severo o grave.
8. Violencia Familiar.
9. Problemas relacionados con el soporte emocional inadecuado.
10. Trastorno dismórfico corporal.
11. Fobia Social.
12. Estrés Post Traumático.

Tabla 5. Tipos de diagnósticos.

Tipos de diagnóstico	N° de diagnóstico	%
Trastorno de Ansiedad Leve	4	9.76 %
Trastorno de Ansiedad Moderado.	4	9.76 %
Trastorno de Ansiedad severo o grave.	1	2.44 %
TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo).	2	4.88 %
Trastorno de Depresión Leve.	2	4.88 %
Trastorno de Depresión Moderado.	6	14.63 %
Trastorno de Depresión severo o grave.	8	19.50%
Violencia Familiar.	4	9.76%
Problemas relacionados con el soporte emocional inadecuado.	7	17.07 %
Trastorno dismórfico corporal.	1	2.44%
Fobia Social.	1	2.44 %
Estrés Post Traumático.	1	2.44 %
Total	41	100 %

Interpretación: Durante la experiencia profesional se diagnóstico en el servicio de psicología a un 19.50 % de pacientes con trastorno de depresión severo o grave, a un 14.63% con depresión moderada y a un 17.07 % pacientes con problemas relacionados con el soporte emocional inadecuado.

G) Tratamiento:

Se elaboraba un plan de tratamiento donde se establecía un número de sesiones del paciente de acuerdo a su sintomatología, con la finalidad de aligerar las problemáticas que presentaba. Este tratamiento estaba ligado al diagnóstico de cada paciente, donde dentro del tratamiento se brindaban técnicas emocionales, conductuales y cognitivas.

El abordaje brindado se daba a través de procedimientos:

1. Entrevista Psicológica (motivo de consulta).
2. Entrevista y llenado de anamnesis.
3. Evaluación psicológica.
4. Elaboración de Informe.
5. Psicoeducación del Informe al paciente.
6. Terapia
7. Proceso de alta.

El abordaje en la Terapia Racional Emotiva Conductual

Donde se empleaba en primera instancia la alianza terapéutica con el paciente donde es fundamental para generar el compromiso con los objetivos del paciente:

A) Alianza Terapéutica.

a) Técnicas de Alianza terapéutica

1. Escucha activa
2. Contacto visual
3. Lenguaje corporal
4. Tono de voz cálido
5. Reflejo de emociones
6. Retroalimentación
7. Indagación
8. Parafraseo

- 9. Gestualidad coherente
- 10. Hacer preguntar
- 11. Clarificación
- 12. Resumen

B) Conceptualización, en segunda instancia se llevará al cabo la conceptualización de la teoría donde se identificará: el evento activador (A), creencias (B), emoción y conducta (C) para luego hacer reflexionar al paciente sobre las creencias irracionales.

A	B	C
Acontecimiento activador	Creencias	Emoción/ conducta

C) Debatir creencias (B), una vez identificadas las creencias se debatirá las creencias y se reformulará los pesamientos para generar pensamientos más saludables que generen emociones y conductas mas funcionales.

a) Tipos de Debate

- a.1 Argumento Lógico
- a.2 Argumento basado en evidencias
- a.3 Argumento basado en la funcionalidad

b) Estilos de debate

- b.1 Debate Didáctico: Explicar lo irracional de su creencia mediante gráficos, dibujos, etc.
- b.2 Debate Socrático: Método utilizado para generar reflexión
- b.3 Debate Metafórico: Basado en analogías, mayormente en comparaciones
- b.4 Debate Humorístico: Permite que el paciente logre reflexionar mediante el humor

D) Construcción de Creencias racionales

Construir creencias más funcionales que generen cambio a nivel emocional y conductual en el paciente.

E) Etapa de Reforzamiento: afinamiento de las creencias

En esta etapa se realiza el feed back de las creencias para afinarlas con el objetivo que sean sostenibles.

F) Seguimiento y monitoreo terapéutico

En el servicio de psicología la mayoría de los casos estaban relacionadas a tratamientos como:

- Orientación y Consejería
- Psicoeducación en Estilos de Crianza
- Psicoeducación.
- Terapia Individual
- Reformulación del Lenguaje.
- Tiempo Fuera
- Reforzamiento de Habilidades Sociales.
- Biblioterapia
- Uso de Ensayos
- Técnica de Uso de Límites
- Técnica de Exposición
- Diario de conducta

H) Elaboración de Constancias Psicológica:

Se realizaban constancias psicológicas a los pacientes que acudían al servicio de psicología y solicitaban evaluación de sus facultades psicológicas, con la finalidad de hacer uso para sus propios fines.

Estas constancias eran solicitadas mayormente para evaluar a pacientes adultos mayores, y adultos que solicitaban para el ámbito laboral o académico.

Tabla 6. Finalidad de constancias psicológicas.

Finalidad de Constancias Psicológicas	N°	%
Beneficio Propio	5	31.25%
Ámbito laboral	4	25%
Ámbito Educativo	7	43.75%
Total, General	16	100%

Interpretación: Durante la experiencia profesional se realizaron un total de 16 constancias psicológicas, donde el 31.25% eran solicitados para beneficio propio, 25% solicitados para ámbito laboral y 43.75% para el ámbito educativo.

A) Visitas Domiciliarias:

Se realizaba un servicio multidisciplinario ante los problemas emocionales de mayor impacto como: casos de depresión grave, casos de esquizofrenía, casos de violencia familiar, casos de trastornos alimenticios y casos de fobia social. Estas intervenciones se brindaban mediante atención multidisciplinaria por parte del médico, enfermera, nutricionista y psicólogo.

Tabla 7. Visitas domiciliarias realizadas.

Visitas domiciliarias	N° de visitas domiciliarias realizadas	%
Casos de depresión grave	8	50%
Casos de esquizofrenia	2	12.5 %
Casos de violencia familiar	4	25 %
Trastornos alimenticios	1	6.25 %
Casos de fobia social	1	6.25 %
Total general	16	100%

Interpretación: Durante la experiencia profesional se realizaron 16 visitas domiciliarias, 50% relacionadas en casos de depresión grave, 25% relacionados a casos de violencia familiar, 12.5% relacionados a casos de esquizofrenia y 6.25% relacionados a trastornos alimenticios y fobia social.

B) Área de Capacitación:

El objetivo de esta área era fortalecer los alcances académicos obtenidos durante el periodo de asistencia universitaria y actualizar y retroalimentar las competencias duras y blandas en la formación profesional.

a) Capacitaciones internas:

Se brindaron capacitaciones internas en el servicio de psicología con la finalidad de reforzar conocimientos previos, estas capacitaciones se elaboraban una vez por semana en el departamento de psicología donde se tenía el apoyo de unidad de docencia e investigación que facilitaban los materiales y espacio para llevar al cabo las exposiciones y capacitaciones por parte de la coordinadora de psicología.

Las capacitaciones se realizaban en un período de 50 min aproximadamente, se realizaban con la participación de los serumistas e internos de psicología del Hospital, los cuales también orientaban y brindaban información sobre temas actualizados.

Los temas realizados durante el periodo estaban relacionados a las problemáticas que mayormente se presentaban en consulta.

1. TOC (Trastorno obsesivo compulsivo) 1964
2. TDAH (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)
3. Depresión Infantil
4. Violencia Intrafamiliar
5. Esquizofrenia.
6. Análisis Transaccional.
7. Trastorno Límite de la personalidad.
8. Trastornos de Ansiedad.
9. Terapia Gestalt.

b) Capacitaciones Externas:

Se asistieron a eventos externos al departamento de psicología que se detalla a continuación.

1. Abordaje de duelo en terapia Gestalt: Se realizó en el departamento de Ica, donde se expusieron diferentes técnicas gestálticas para el abordaje del duelo.
2. Estilos de crianza desde el Enfoque Cognitivo Conductual: Se realizó en Pisco, con la finalidad de orientar a los autores de los niños y adolescentes sobre la influencia de los estilos de crianza y creencias irracionales.
3. Terapia Cognitivo Conductual: Se realizó en la ciudad de Pisco, evento en el que se explicó las diferentes visiones sobre el abordaje de la terapia Cognitivo Conductual.

C) Área de proyección Social:

Estaba orientada a comprender, identificar y realizar diseños de programas de promoción y prevención de la Salud Mental en problemas psicosociales.

a) Charlas psicoeducativas:

Las charlas psicoeducativas se realizaban en los pasillos del Hospital en horarios diurnos, donde el flujo de atención era alto, se realizaban en un período de 30 min, por parte de internos del servicio las cuales rotaban semanalmente para realizar las charlas.

Las charlas eran realizadas por dos internos semanalmente con la finalidad de captar a pacientes que presentaban problemas psicológicos, emocionales o conductuales y que acudían a los diferentes servicios de atención, se daban de forma interactivas y didácticas para promover la participación de los pacientes que esperaban en los diversos establecimientos, esto generaba que pacientes relaten sus experiencias y compartan sus eventos vividos con los demás usuarios de los establecimientos de atención.

Al finalizar la charla se les hacía entrega de folletos informativos donde se les brindaba una retroalimentación de los diferentes temas a tratar, se aplicaba los tamizajes de salud mental y se realizaba el registro de los pacientes que participaban en las charlas.

Los temas que se exponían estaban relacionados a los problemas psicosociales como:

1. Pauta de crianza
2. Estrés- Indicadores
3. Violencia familiar- Factores influyentes, tipos
4. Alcoholismo y adicciones.
5. Depresión
6. Ansiedad
7. Esquizofrenia.
8. Conductas de Riesgos.

Tabla 8.

Tipos de Charlas Psicoeducativas realizadas en la experiencia profesional.

Tipos de charlas Psicoeducativas	N° de Charlas Aplicadas	%
Pautas de crianza	8	13.80 %
Estres	5	8.62 %
Violencia Familiar	12	20.69 %
Alcoholismo y Drogas	6	10.34 %
Depresión	10	17.24 %
Ansiedad	10	17.24 %
Esquizofrenia	3	5.17 %
Conductas de Riesgos	4	6.90 %
Total general	58	100 %

Interpretación: Durante la experiencia profesional se elaboraron 58 charlas psicoeducativas, donde se puso énfasis en temas de mayor impacto en las atenciones psicológicas, realizándose 12 charlas de violencia familiar, 10 charlas de depresión y 10 charlas ansiedad.

Talleres y Programas psicoeducativos:

1. Taller de Habilidades Sociales en niños y adolescentes.

Este taller se realizó con el objetivo de desarrollar o reforzar habilidades sociales a los estudiantes del nivel secundaria del Colegio “Fé y Alegría”- San Clemente, en este taller se obtuvo la participación de veintiocho estudiantes por sección, donde también se contó con el apoyo de

directora, tutores, psicóloga encargada del nivel secundaria y serumista encargado del centro de salud de San Clemente- Pisco.

El taller se realizó por un periodo de tres meses, llevándose a cabo r una vez por semana, en horarios de tutoría.

2. Taller de “Familias Fuertes”

Este programa tenía como objetivo mejorar la comunicación de los adolescentes y padres previniendo las conductas de riesgos que se suscitan en periodo de la adolescencia, estaba orientado a adolescentes de 10 a 14 años de edad.

En este programa se trabajó con 07 familias, que estaba constituida por adolescentes y padres de los estudiantes del Colegio Fé y Alegría- San Clemente, donde se realizaron siete sesiones que estuvieron dirigidas a padres o tutores de los adolescentes, siete sesiones dirigidas a los adolescentes y siete sesiones donde se obtuvieron la participación de padres y adolescente.

Este programa se llevó al cabo en los espacios del centro de Salud de San Clemente, donde se obtuvo el apoyo del psicólogo, director y equipo médico.

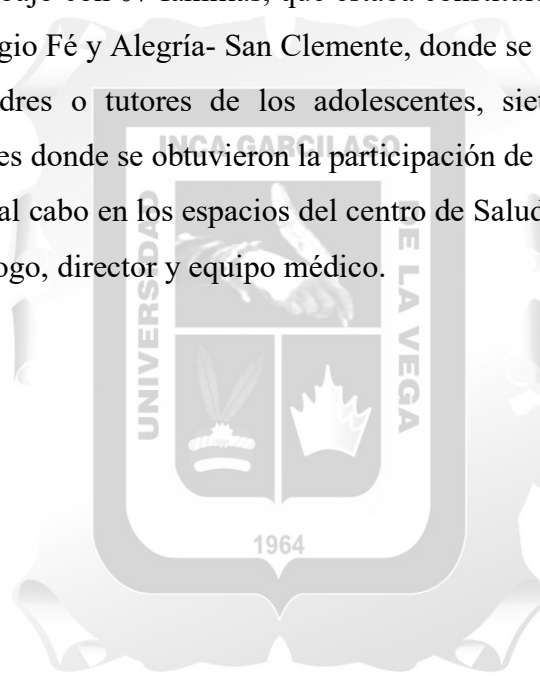


Tabla 9. Nivel de desarrollo de la comunicación entre los padres y estudiantes de la I.E antes y después de haber aplicado el taller de “Familias Fuertes”.

Niveles	Antes de la aplicación del taller	Después de la aplicación del taller
Bajo	5	
Medio	2	5
Alto		2
Total	7	7

Interpretación: En el taller Familias Fuertes se evidencian los niveles de mejora en las familias que asistieron, logrando que 5 familias logren la comunicación a un nivel medio y 2 a un nivel alto.

3. Campañas de Salud.

Las campañas de salud se realizaban con la finalidad de sensibilizar y concientizar a las comunidades, donde se realizaban con el apoyo del equipo multidisciplinario del centro de salud, Municipalidad del distrito y/o Hospital.

a) Día de la Salud Mental 10 octubre.⁴

a.1 Actividades realizadas en el Centro de Salud de San Clemente:

Se realizó un cronograma de actividades orientadas a la importancia de la salud mental, con el objetivo de informar a la comunidad sobre la importancia de salud mental en nuestra vida cotidiana, las actividades se realizaron en los interiores del Centro de Salud, durante el periodo de una semana, con la finalidad de sensibilizar y concientizar a todos los usuarios que acudían al centro.

1. El primer día de la semana se realizó la difusión radial a toda la comunidad, con el objetivo de realizar una invitación a la comunidad a participar en las diferentes actividades que se realizaron durante esa semana como estrategia.
2. En el segundo día se elaboró sesiones psicoeducativas en la sala de espera del centro a todos los usuarios que esperaban su atención, donde se informó sobre la Esquizofrenia y Tipos de esquizofrenia y se realizó entrega de folletos informativo y se hizo uso de material didáctico.
3. En el tercer día se realizó terapia de relajación al equipo de trabajo donde se obtuvo la participación de todas las áreas del centro de salud, área de administrativa, logística, área de apoyo al tratamiento y área médica.
4. En el cuarto día se realizó la segunda sesión psicoeducativa sobre afronte de la depresión bajo un enfoque Gestáltico, donde se obtuvo la participación de los usuarios del centro y de la comunidad, donde el objetivo era sensibilizar y concientizar y detectar problemáticas de afectación psicológica, con la finalidad de realizar una intervención y seguimiento psicológico.
5. El quinto día se llevó al cabo un campeonato deportivo dirigido al equipo de trabajo el objetivo de integrar, como actividad se realizó vóley y fútbol.
6. Al sexto día se realizó pasacalles de Salud Mental por las principales calles y avenidas del distrito de San Clemente, teniendo como punto de partida el Centro de Salud, se contó con el apoyo de los agentes comunitarios como Municipalidad de San Clemente y Centro de adulto mayor.

a) Día Central de la Salud Mental 10 de octubre.

La campaña del día de salud mental se realizó el 10 de octubre, en horario diurno finalizando por la tarde, se contó con la participación de todos los serumistas e internos de los centros de Salud pertenecientes al Hospital.

El punto de partida se realizó por los espacios cercanos a la plaza central del distrito, lugar donde se llevó al cabo el evento, la cual participaron los siete establecimientos de salud y Municipalidad de Pisco.

La actividad presentada por el Hospital de Salud Pública y establecimientos consistían en realizar escenografías referentes a la salud mental, elaboración de material didáctico como pancartas, folletos, que tengan alusión a la importancia de la salud mental.

b) Día del condón-13 de febrero

La campaña del día del condón se realizó con el objetivo de concientizar a la población acerca de los riesgos que produce un NO buen uso de condón. Se realizó en la plaza de armas de la provincia Pisco, se contó con el apoyo de los internos del servicio de psicología, donde implementamos un espacio para brindar orientación y consejería psicológica a la comunidad.

Se facilitó folletos informativos sobre problemas relacionados a la depresión, ansiedad, conductas de riesgo

c) Aniversario del Hospital número 88

El aniversario del Hospital se realizó en la plaza de armas de Pisco, donde contamos con la participación de los siete establecimientos y agentes comunitarios.

La actividad presentada por el Hospital de Salud Pública estaba orientado a la Violencia Familiar, donde se solicitó apoyo al Módulo de MAMIS, que era encargado de velar por la salud mental de los pacientes que eran víctimas de violencia familiar, se elaboró material didáctico, informativo para brindar a la comunidad.

D) Área Administrativa:

- Registro de atenciones particulares.
- Registro de atención por medio del sistema de atenciones. Llenado de Historias Clínicas.
- Llenado de cuaderno de atenciones.
- Llevar las constancias psicológicas al área Administrativa para que sean firmadas por parte de la directiva del Hospital.
- Brindar citas a los pacientes que acudían al Servicio de Psicología.
- Elaboración de Constancias Psicológicas aplicadas en el servicio de psicología.

E) Área de Docencia e Investigación:

a) Discusiones de casos clínicos:

Se realizaron discusiones de los casos clínicos de pacientes que acudían al Hospital, donde se obtenía feedback por parte de la psicóloga encargada del departamento y serumistas, se realizaban con el objetivo de brindar recursos para abordar casos clínicos que presentaban problemas de mayor impacto.

b) Reuniones de Capacitaciones

Se realizaban reuniones con todos los serumistas a cargo de las diferentes redes de salud, donde el objetivo era informar sobre sus metas mensuales que tenían en su Centro de Salud.

Se evaluaba los indicadores de mejora en su intervención orientado a resultados, donde se identificaba los diferentes trastornos mentales que se abordaban.

c) Apoyo en el Centro de Salud San Clemente- Pisco:

Se apoyo al Centro de Salud San Clemente, donde se realizaron diferentes actividades en el servicio de psicología, donde se realizaba apoyo en los diferentes servicios del centro, como servicios de CRED, Medicina general, obstetricia.

d) Elaboración de material didácticos.

Se elaboró material didáctico para el servicio de psicología donde se realizaban material para el servicio de psicología, o para los pacientes que eran utilizados como refuerzos en el proceso de tratamiento, en especial a los niños.

e) Elaboración de periódico mural.

Se elaboró material para el periódico mural que se encontraba en la parte externa del servicio de psicología, cuya finalidad era informar a los usuarios sobre las fechas emblemáticas de salud mental u otras fechas importantes.

2.2 PROPÓSITO DEL PUESTO Y FUNCIONES ASIGNADAS

El departamento de psicología tenía como propósito brindar un servicio de calidad a los usuarios de la comunidad velando por la salud mental, ofreciéndoles un foco de salud ante los desajustes psicológicos, conductuales o emocionales, donde la labor principal del psicólogo consistía en brindar recursos que mejoren el estado emocional del paciente.

La labor del psicólogo estaba basada en la realización de una serie de funciones determinadas por el departamento de apoyo al diagnóstico.

Las funciones que se desarrollaban en el departamento de psicología eran las siguientes:

- a) Apoyar en los procedimientos psicológicos de evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- b) Apoyar en la ejecución de actividades realizadas a las comunidades.
- c) Apoyar en las intervenciones o derivaciones en el área de hospitalización
- d) Apoyar y brindar soporte emocional a los pacientes que se le realizaban visitar domiciliarias.
- e) Realizar informes psicológicos y/o constancias de salud a los pacientes que acudían al servicio de psicología.
- f) Apoyar en las acciones comunitarias, como talleres y campañas de Salud Mental.
- g) Elaborar material didáctico para el departamento de psicología.
- h) Aplicar tamizajes de Salud Mental a los usuarios que acudían a las diferentes áreas.

- i) Brindar charlas educativas a los usuarios que acudían a los diferentes establecimientos.
- j) Apoyar a los Centros de Salud en las diferentes actividades realizadas.
- k) Llenar los formatos de atención e historias clínicas con los códigos de diagnóstico.
- l) Elaboración de informes mensual sobre la experiencia profesional dentro del servicio de psicología.
- m) Cumplir con los estándares de registros de atenciones.
- n) Entregar constancias psicológicas al área de administración para que sean firmadas por parte de la Directiva del Hospital.
- o) Realizar exposiciones cada 3 meses dentro del servicio dirigidos a los internos del área.
- p) Brindar apoyo al área de psiquiatría.
- q) Brindar apoyo al área de ginecología.



3. CAPÍTULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

3.1 TEORÍA Y LA PRÁCTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

3.1.1 Trastornos del estado de ánimo:

Según Sadock y Sadock (2002) los trastornos del estado de ánimo se consideran como un conjunto de trastornos que están definidos en el DSM IV, donde su principal característica se centra en la alteración del estado de ánimo de la persona. Por su parte en el CIE 10 los trastornos del estado de ánimo se llaman trastorno del humor (afectivos). Dichos trastornos provocan que el individuo se sienta triste por un tiempo prolongado, perder interés para realizar actividades significativas para su vida, tener estados de felicidad y tristeza de forma extrema. Dentro de sus estados más comunes se tiene: La depresión, el trastorno bipolar, el trastorno afectivo estacional y la autolesión. Además, dichos trastornos son difíciles de detectar en niño y adolescentes que adultos porque tiene síntomas diferentes. Los trastornos del estado de ánimo generalmente vienen acompañados de problemas de comportamiento y ansiedad. Dentro de las causas más comunes de sufrir el trastorno se tiene una combinación de factores como la combinación genética, los cambios de los niveles hormonales, los factores que se producen en el entorno del paciente, estrés, entre otros.

3.1.1.1 Los Factores de Riesgo de la depresión

Según Bellón J., Moreno, B., Torres, F., et al. (2008) señalan que los factores de riesgo de la depresión son los siguientes:

- **Factores personales y sociales,** Es necesario precisar que la depresión la sufren más las mujeres que los hombres, esta aparece en la adolescencia y puede mantenerse durante la edad adulta y que se convierte en una discapacidad para ambos sexos. Dentro de los factores personales se tiene los rasgos neuróticos de la personalidad, los trastornos de ansiedad que son causas para sufrir una distimia o depresión mayor. Las personas de

extrema pobreza y pocas oportunidades de crecimiento personal y estar expuestos a adversidades tienen mayores probabilidades de sufrir el trastorno de la depresión.

○ **Factores cognitivos**

Los pensamientos negativos, las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales juegan un papel importante en la forma cómo las personas procesan la información. Los pensamientos rumiativos, o la exposición ante eventos estresantes dan lugar a que la depresión aparezca.

○ **Factores familiares y genéticos**

Aquí se tiene los factores de riesgo como tener descendientes con distimia o depresión mayor. Los familiares de primer grado son aquellos que están en mayor riesgo y predispuesto de sufrir depresión. Un factor que puede desencadenar una depresión es los desniveles de la serotonina.

3.1.2 Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4] según el CIE 10 considera los siguientes criterios:

- A. Durante al menos 2 años, mantiene un estado de tristeza permanente. En los niños y adolescentes se evidencia por estados de irritabilidad por lo menos en período de al menos 1 año.
- B. Debe existir presencia de dos o más sintomatología como: carencia o incremento en el apetito, lo que origina una pérdida notoria de peso, alteraciones en el sueño, manifestado en una elevación o decrecimiento del sueño, descenso de energía, deterioro en la autoestima, concentración enletercida, sentimientos de pesimismo.
- C. Durante el período de 2 años, durante más de 2 meses seguidos. Se ha manifestado sintomatología de de los criterios A y B. En niños y adolescente prevalece en un período de 1 año.

- D. Durante los primeros 2 años de la alteración, no se ha evidenciado episodios de depresivo mayor (1 año para niños y adolescentes).
- E. No ha existido sintomatología de episodios maníacos, hipomaníacos y nunca se han cumplido criterios para trastorno ciclotímico.
- F. En el período de curso de un trastorno psicótico crónico, no se manifiestan alteraciones.
- G. Los síntomas no se producen por efectos de sustancias.
- H. Existe un deterioro significativo en actividades sociales, laborales o en otras áreas importantes.

Especificar si: Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico): Con síntomas atípicos

Según el DSM-V los criterios para diagnosticar un trastorno de depresión persistente (F34.1) son: En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno dístimico del DSM-IV.

- A. Se manifiesta un estado de ánimo decaído la mayor parte del tiempo durante un período de dos años como mínimo que es fácil de identificar por parte de los demás. En niños y adolescentes se manifiesta por estados de irritabilidad permanente, durante 1 año como mínimo.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas:
 1. Disminución o elevación del apetito
 2. Alteraciones en el sueño
 3. Fátiga o decaimiento de energía.
 4. Deterioro en la autoestima.
 5. Problemas en el enlentecimiento del pensamiento lo que dificulta la toma de decisiones.
 6. Sentimientos de pesimismo.
- C. Durante el período de dos años, durante más de dos meses seguidos la sintomatología de los criterios A y B han estado presentes.
- D. Los criterios de una depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

- E. No ha existido episodios de manía o hipomanía ni mucho menos ha prevalecido sintomatología del trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizotípico persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- G. Los síntomas no se manifiestan por algún efecto de sustancias o problemas médicos.
- H. El área laboral o social, se encuentra debilitada.

3.1.3 Diagnóstico diferencial según el DSM-V del trastorno depresivo persistente:

Trastorno depresivo mayor: El trastorno depresivo dístimico se diferencia del trastorno depresivo mayor debido a la sintomatología, ya que la duración e intensificación de los síntomas son diferente. En este caso la distimia es más prolongada y predomina menos intensificación de los síntomas, sin embargo, el trastorno depresivo mayor sus síntomas son más intensificados, pero menos duraderos. Si los síntomas cumplen criterios idóneos para diagnosticar un trastorno depresivo mayor no se debería realizar un diagnóstico separado, ya que se debería especificar la sintomatología. Si el paciente manifiesta en la actualidad todos los síntomas de la depresión mayor se asignaría con episodios intermitente de depresión mayor con episodio actual. Si los síntomas del depresivo mayor se han evidenciado en el paciente en los últimos dos años y sigue manifestándose se debería asignar con episodio depresivo mayor persistente, y si durante de los dos años no se ha mostrado episodios de depresión mayor, se codificaría con síndrome dístimico puro.

Trastorno psicótico: Los rasgos más comunes de los síntomas depresivos se asocian con los trastornos psicóticos crónicos, no se realizan un diagnóstico diferente si la sintomatología prevalece durante el curso del del trastorno psicótico.

Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica: Se debe diferenciar los trastornos depresivos persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a afectaciones médicas. Si no existen ningún tipo de alteraciones médicas se considera que el diagnóstico es trastorno depresivo o bipolar. Sin embargo, si existe alguna afectación médica, se debería considerar en primer lugar el trastorno mental y luego la afectación médica.

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos: Se evidencia una diferencia entre el trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias del trastorno persistente. Si existe una sustancia o abuso de medicamentos se podría considerar que son desencadenantes del estado de ánimo.

Trastorno de personalidad: Si se evidencia criterios significativos entre un trastorno de la personalidad y trastorno del estado de ánimo, en este caso el trastorno depresivo persistente se debería ejecutar ambos diagnósticos, ya que existe una coexistencia entre ambos.

3.1.4 Terapia racional emotiva conductual

- **Origen de la terapia racional emotiva conductual**

Es una de las tareas que mayor relevancia ha tenido en el campo de la psicoterapia, fue creada por Albert Ellis en el año 1957 un modelo de intervención psicoterapéutica el cual llamó Terapia Racional donde sustentaba como influían las creencias en el incremento de los trastornos emocionales que presentaban las personas. En el año 1993 le dio el nombre de terapia racional emotiva conductual. Ellis para crear su terapia se sustentó sobre los postulados que habían tenido algunos filósofos existencialistas. Además, este tipo de terapia considera a las personas como seres complejos, completos y biopsicosocial que siempre está proponiéndose metas y hace lo posible por conseguirlo. El modelo que plantea se califica A-B-C, acompañado de la reestructuración cognitiva (Eliot, 2005). Se le considera como el pionero del cognitivismo y su trabajo tiene mucha similitud con los trabajos de Beck, donde incorporó posturas con visión constructivista, conductistas como las ideas de Skinner, estudios del lenguaje de Alfred Korzybski y los postulados de la filosofía moderna y antigua (Ellis, 1991). Creó esta terapia mediante una forma de trabajo activa, directiva y dinámica donde el terapeuta ayudaba a su paciente a entender que aquellas creencias irracionales no contribuyen con tener emociones saludables.

- **Definición de terapia racional emotiva conductual**

Ellis citado por Hernández (2007) sostiene que la terapia racional emotiva-conductual (TREC) es la forma de autoevaluar el dominio de los pensamientos y conductas derivadas por el sistema de creencias.

Windy y Ellis citados por Gerril y Zimbardo (2005) la definen como el sistema detallado de cambios que se realizan en la personalidad, que se sostienen en las transformaciones que se producen en las creencias irracionales que tienen como consecuencia reacciones indeseables y demasiado intensas.

Se puede sostener que la TREC un abordaje terapéutico que fue diseñado para ayudar a las personas para tener una nueva filosofía de vida minimizando los problemas emociones y las conductas negativas, pensado de forma racional y sentirse de formas más apropiada para conseguir sus metas.

Además, este tipo de terapias se fundamenta sobre la base de que las personas no se trastornen con las adversidades que se presentan en vida, ni que se preocupen de manera irracional cuando se siente frustración, sino que dejen de actuar de forma derrotistas y busquen el sentido a la vida.

- **Objetivos de la terapia racional emotiva conductual**

Ellis y Grieger citado en Fernández (2012) tiene como objetivo modificar aquellos pensamientos que se sustentan en el sufrimiento psicológico se basa en las creencias irracionales. A través de la terapia se busca que las personas puedan aprender a minimizar los sentimientos, pensamientos y conductas no saludables y derrotistas. Dentro de los principales objetivos de la terapia se tiene los siguientes:

1. Cambiar los patrones de pensamientos irracionales que tienen las personas que acuden a consulta y que interfieren en su desarrollo pleno.
2. Ayuda a entender aquellos pensamientos y acciones dañinas de la personalidad.
3. Identificar, analizar y comprender los pensamientos y comportamientos negativos para modificarse y ser reemplazados por acciones positivas y productivas que le permita al paciente desenvolverse adecuadamente en todas las áreas de la sociedad.

4. Nuestros pensamientos determinar nuestras emociones.
5. Los pensamientos de tipo disfuncional son la principal causa para que se produzcan las emociones negativas.
6. Los seres humanos sentimos lo que pensamos, es necesario realizar un análisis de los pensamientos que presentamos.
7. El malestar emocional no se trabaja teniendo en cuenta como se produjo sino porque se sigue manteniendo hasta el momento.
8. El cambio de las creencias que se tiene no se realiza de manera rápida ni fácil, por eso es necesario cambiar aquellos pensamientos irracionales a través del esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas.

3.1.5 Creencias irracionales

A) Conceptualización de las creencias irracionales

Mainieri (2012) define como un sistema de creencias carente de lógica que prevalece a nivel del pensamiento de un individuo, que puede desencadenar un impacto significativo en la vida del ser humano.

González y González (2016) establece que “las creencias irracionales son falsas ideas que el ser humano incorpora a su vida de manera inconsciente” (p. 245).

Para Rivas (2016), las creencias irracionales son aquellas que se asigna a tu estilo de vida de manera creíble, haciendo que el individuo se complemente a un modelo determinado de comportamiento, produciendo conductas disfuncionales, y autodestructivas para el ser humano (p.43).

Por otro lado, Meneses (2017) las creencias irracionales son evaluaciones ilógicas que se diferencian de la realidad que puede ser contraproducentes en los objetivos ya que nos puede limitar debido a que despiertan emociones no saludables. (p.31).

B) Dimensiones de las creencias irracionales

Dentro de las dimensiones se han considerado a lo establecido por Guzmán (2009 citado en Cereceda, 2019) siendo las siguientes:

Necesidad de aprobación: Es necesario ser querido y aprobada por todas las personas significativas para uno.

- a) Perfeccionismo: Autodemandas que originan pensamientos de perfección en las actividades que demanden el entorno.
- b) Condenación: Pensamiento relacionados a que los actos de los demás o de sí mismo deberían ser sentenciados. Comprende las frases y palabras que una persona emplea sobre si misma con la intención de darse un castigo por no haber obtenido el resultado esperado, así mismo, implica una frase de condena hacia las otras personas, siempre que estas no actúen en base a lo que ella considera que deben de lograr.
- c) Catastrofismo: Se dependen del pensamiento que todos tendrían que actuar o ser como uno desea que sea. Son los tipos de creencia que posee una persona en la cual resalta únicamente las consecuencias negativas que va a experimentar en caso no resulta bien una teoría, por lo cual considera que la única opción es realizarla bien.
- d) Incontrolabilidad: Pensamiento ligado que el ser humano debería tener control sobre los sucesos externos que ocurren en el medio.⁶⁴
- e) Influencia del pasado: Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión su vida, siempre la seguirá afectando.

C) La racionalidad o irracionalidad de las creencias

Según Ellis (como se citó en Meneses, 2017, p.20) toda persona posee un tipo de creencia, sin embargo, muchas de estas pueden poseer un carácter racional o irracional que influye en la conducta que demuestra en la sociedad, así como en la percepción que tiene de la vida, por lo que se debe de poder distinguir este tipo de creencias a fin de brindar una guía y orientación adecuada. Una creencia posee un carácter racional siempre que sea relativa, es decir, que esté condicionada al cambio, a la influencia, a su análisis desde otra perspectiva, por lo cual siempre van acompañadas por términos referidos al “quisiera”, “me gustaría”, “ojalá pudiera” lo cual dejan

abierta la posibilidad de desarrollo, así como la posibilidad de que no se desarrolle y esto va acompañado de un sentimiento saludable de positividad o negatividad, dependiendo el resultado obtenido. Por otro lado, una creencia tiene un carácter de irracionalidad cuando no dejan la apertura al cambio, es decir, la persona considera que si o si aquello que cree se va a desarrollar, por lo cual siempre van acompañados de palabras referidas a “debo”, “estoy obligado”, “tengo que”, lo cual dota a la persona de un sentido de obligación que le impide tener un disfrute del resultados, sino que se acompaña de sentimientos de estrés o negatividad, dependiendo del resultó obtenido, lo cual como pueden ser el temor, el sentimiento de culpa, el sentimiento de ineficacia, etc.

D) Principales creencias irracionales

Según Meneses (2017, p.26) los aportes dados por Ellis en torno a las creencias irracionales que puede poseer una persona, señalan que pueden agruparse en tres categorías fundamentales.

-La primera creencia va referida a la percepción de la persona de que todas las demás deben de aprobar cada cosa que ella haga y aceptarla tal y como es, sin ningún tipo de cuestionamientos, sino que solo deben de centrarse en el resultado que ha obtenido o en el esfuerzo que ha aplicado, de modo que se niega a aceptar opiniones, sugerencias, etc., y en caso que estas se presenten, se considera como una persona apática, que no le cae bien a los demás y por ello la juzgan.

-La segunda creencia considera que las personas que le rodean deben brindarle un trato honesto y justo, exacto a lo que ellas han dicho que harían sin aceptar que estas cambien por circunstancias adversas, si esto no se logra, entonces considera que estas personas son deshonestas, horribles, traicioneras en las que no debe de confiar.

-La tercera creencia señala que todas las condiciones del entorno que le rodea deben de ser favorables para que tenga éxito en lo que decida hacer, en base a sus deseos e intereses y en caso que no sea así, la persona considera que se debe a su incapacidad personal, a su incapacidad de influir en los demás, a que le falta mucho y que nunca logrará ser como es.

E) Propiedades de las creencias irracionales

Según Oblitas (2008 citado en Rosal, 2014, p.15-16), manifiesta que las creencias poseen las siguientes propiedades:

- a) Son estructuras basadas en hipótesis que abarcan tres fenómenos de la cognición:
- Pensamiento construidos de manera consciente.
 - Pensamiento construidos que carecen de consciencia.
 - Creencias indeterminadas que prevalecen en la realidad.
- b) Casi siempre las creencias no son manifestadas. Sin embargo, se filtran para dar una evaluación del mundo exterior.
- c) Presentan características absolutas, que se manifiestan por evaluaciones lógicas a nivel cognitivo
- d) Pueden derivarse en tres jeraquías:
- Demandas ante las actividades por ser impecables y perfectas.
 - Pensamiento sobre el medio, ya que debería ser tratado bien por los demás.
 - Determinación para la realización de un objetivo.
- e) Son una expresión de aquellos valores impuestos por cada individuo que refiere a sus objetivos determinados.
- f) Son autoevaluaciones realizadas por medio de interpretaciones sobre el medio externo.
- g) A diferencia de las creencias irracionales éstas son suposiciones para que se basan en solo en interpretaciones de la realidad.

Por otro lado, Ellis (2000, p.53), refiere que las creencias irracionales tienen una propiedad ya que no mantienen relación con el mundo real, lo que genera emociones disfuncionales que en su mayoría generan problemas en la salud mental lo que imposibilita a ser determinados en los objetivos personales.

Los estados de pánico son desencadenados por pensamientos que dificultan a nivel cognitivo lo que imposibilita capacidades como planificación.

Las características de ls creencias irracionales son las siguientes:

- Confunden la realidad.
- Imposibilita la realización de objetivos.
- Generan emociones desadaptativas que son duraderas.

- Conducen a conductas auto destructivas.
- Manifiestan determinación lo que se manifiestan por demandas sociales

F) Enfoques de las creencias irracionales

El modelo teórico que fundamenta en la Terapia Racional Emotiva (TRE) se constituye el eje teórico con el cual se trabaja. Desde la teoría de Ellis, lo que produce perturbaciones no son los eventos hostiles, si no las evaluaciones que realizamos sobre ellas que muchas veces son impuestas por demandas, incontrabilidad, catastrofismos, imposiciones que generan respuestas no saludables (García, 2014).

Según Bunge, Gomar, Mandil (2008, p.17-20) describe estrategias de Intervenciones Fundamentales para Abordaje terapéutico, refiere que consiste en:

1. Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones a través del insigh (toma de consciencia) es importante que el paciente logre tomar consciencia de su disfuncionalidad que le genera perturbación a nivel emocional.
2. Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos.
En la identificación de pensamientos automáticos el objetivo del terapeuta es orientar al paciente sobre el impacto que tienen sus pensamientos automáticos en las emociones y conductas.
3. Registro de pensamiento: es una técnica importante para lograr que el paciente identifique sus pensamientos que se despiertan ante un evento y generarn disfuncionalidad en la emoción y conducta.
4. Tomar consciencia y reconocer la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta.

La finalidad de la toma de consciencia es que el paciente participe activamente en el proceso terapéutico, donde en primera instancia debe ser psicoeducado y entrenado sobre el funcionamiento de A, B, C.

5. Reestructuración cognitiva.
Se evalúa los pensamientos disfuncionales para su auto cuestionamiento, promoviendo así alternativas más funcionales y adaptativas en el proceso terapéutico, donde se utilizan los diferentes debates para dar paso al cuestionamiento.
6. Técnicas de la torta:
Está técnica se utiliza para brindar un enfoque holístico al paciente con la finalidad que tome consciencia de su disfuncionalidad y disminuya el sentimiento de culpa.
7. Técnica de Registros Agradables.
Está técnica es directiva y permite que el paciente, logre conducirse a realizar actividades conductuales para generarle emociones más funcionales par adaptarse de una manera favorable al medio donde se desenvuelve.
8. Modelados: Está técnica se encuentra en la en la teoría del aprendizaje social, donde se realizan también los juegos de rol más conocido como rol playing para resolver situaciones interpersonales estresante.
9. Uso de bliblioterapia o ensayos: Estas técnicas sirven para poder brindar recursos a corto plazo al paciente, para que logre tomar consciencia y pueda mejorar su estado emocional.
10. Refuerzo positivo: Es importante poder realizar un refuerzo positivo en el proceso de lateraía para lograr lograr condicionar al paciente con el proceso de cambio.
11. Estrategias para el control de impulsos: Esta orientada en actividades ejecutivas que consisten en actuar en situaciones conflictivas, como el tiempo fuera, etc.

Técnicas de la terapia racional emotiva conductual

Según Ellis y Harper (1975), las técnicas empleadas en la TREC son las siguientes:

Técnicas cognoscitivas. Para realizar el empleo de estas técnicas es necesario que el terapeuta tenga claro lo importante que es filosofar o realizar el proceso de la cognición en los asuntos personales, porque, así como en las terapias se puede llegar a trastornar de forma emocional a las personas, también se puede contribuir con ayudarlo a superar los trastornos que presenta. Dentro de las técnicas cognoscitivas se tiene las siguientes:

- Refinanciamiento bajo el modelo). Es una de las estrategias ms conocidas en la terapia donde se le enseña al paciente un (A, B, C) modelo denominado ABC donde se le explica como los hechos activadores (A) que están mediados por las creencias que presentan (B) puede traer como consecuencia (C) emociones o conductas. Las consecuencias (C) se convierten en nuevas situaciones activadoras (A) que desencadenan en un proceso nuevo (B→C).

En esta técnica se busca en los pacientes aquellas creencias poco lógicas que tienen sobre su propia persona, los demás y el mundo. De esta manera van saliendo aquellas creencias, pensamientos y evaluaciones irracionales para trabajarlas.

Este entrenamiento es necesario para iniciar un debate y refutar las creencias irracionales que presentan los pacientes. Por eso se le explica al paciente que el siguiente paso es debatir (D) sobre las creencias que lo perturban con la finalidad de que se puede construir nuevas creencias racionales y más adaptativas (E), lo cual producirá que experimenten nuevas emociones adaptativas (F)

- La flecha descendente o hacia abajo. Este tipo de técnica permite que el paciente pueda identificar sus creencias y pensamientos irracionales, por lo cual se conducirá al paciente a través de interrogantes que le ayudaran a conocer el significado profundo de sus pensamientos. Se puede realizar las siguientes preguntas: ¿Qué es lo peor que podría suceder si pasa lo siguiente? ¿Qué significado tiene lo siguiente? ¿Qué consecuencias tendría las siguientes acciones? Y cuando los pacientes brindan sus respuestas es necesario realizarle interrogantes que se asemejen a la anterior. Paso a paso los pacientes irán identificando aquellos sentimientos o pensamientos irracionales que provocan sus problemas de conducta o emocionales.
- Técnicas de persuasión verbal. El debate (D del modelo ABCDE) que se produce entre el terapeuta y paciente es una parte importante para comenzar a validar las creencias irracionales adaptadas el método científico de acuerdo a las características de la situación que se vive. Existen una variedad de formas de realizar el cuestionamiento dentro de ellos se tiene el estilo socrático, el estilo didáctico, el estilo humorístico y el estilo de autorrevelación.

- Detectar síntomas secundarios. Es necesario separar los síntomas primarios (ira, ansiedad, depresión y las combinaciones que pueden existir entre ellas) de los síntomas secundarios porque dificultan tratar los primeros. Se puede emplear el ABCDE
- Sugestión y autosugestión. Es necesario precisar que los seres humanos somos fáciles de ser sugestionados porque muchas veces solo se cree lo que se desea y se deja de lado la verdad. Una vez que el paciente toma con seriedad las sugerencias del terapeuta, suelen autosugestionarse aun cuando lo dicho sea doloroso o erróneo. Este tipo de técnica se emplea con personas que tienen capacidades limitadas para responder de manera apropiada al TREC. Pero, es preciso señalar que los cambios que provoca esta técnica no tienen resultados significativos en la forma como la persona filósofo en su automenosprecio o autocompasión.
- Presentación de elecciones y acciones alternativas. Es necesario precisar que los trastornos que presentan las personas presentan elementos biológicos porque cuando recuerdan sus tempranas o últimas experiencias suelen presentar predisposiciones a alterarse sin tener en cuenta las condiciones buenas o malas en las cuales fueron educados.
- Además, se tiene las siguientes técnicas: Hablar con otros de terapia racional emotiva; Biblioterapia, audioterapia y videoterapia; Técnicas de solución de problemas, entre otros.

Técnicas emotivas. Esta técnica está relacionada con las emociones, es evocativa e imaginativa y se consideran la base para el empleo de métodos que permiten abordar los problemas que tienen las personas. Se tiene las siguientes técnicas:

- Imaginación racional emotiva. Desarrollada por Maxie Maultsby Jr en 1971 que trata de entrenar a las personas para que aprendan a cambiar sus emociones negativas por aquellas positivas. Permite que el paciente explore la conexión entre creencias (B) y consecuencias (C).
- Técnicas de ataque de vergüenza. Sirve para que los pacientes puedan cambiar aquellas situaciones ridículas, que hacen sentir vergüenza, humillación, culpabilidad o grados de depresión. El objetivo de esta técnica consiste en no condenarse así mismo cuando falla.
- Usar afirmaciones de afrontamiento vigorosas y grabarlas. Cuando se usa el debate (D) al final el paciente tendrá creencias y pensamientos racionales y adaptativas. Al principio cuando se aplica la técnica los pacientes creerán que no funciona o no las creerán a pesar

que son adecuadas. Es necesario que las repita con fuerza y vigor para que puedan estar convencidos de ellas. El grabar los pensamientos irracionales y luego realizar un debate (D) para luego escucharlos y debatirlo mediante una terapia grupal ayuda de manera significativa.

- Role-Playing. Consiste en simular situaciones que generan emociones que perturban a los participantes para luego en un debate identificar los pensamientos irracionales para sentirme y actuar mejor.
- Técnicas humorísticas. Es una técnica que permite a los pacientes disminuir sus exageraciones que tienen frente a diversos temas que tratan, se incluye en la técnica chistes, juegos de palabras, canciones, frases ingeniosas, etc.

Técnicas conductuales:

Este tipo de técnicas tiene como objetivo enfocarse en el comportamiento del paciente pero que se relaciona con las anteriores. Dentro de las técnicas conductuales se tiene:

- Desensibilización en vivo. Para ejecutar esta técnica es necesario que el cliente aprenda sobre el debate (D) y de cómo sustituir sus creencias y pensamientos irracionales por otras que son adecuadas y adaptativas (E). Consiste en que el terapeuta pueda representar situaciones que provoque un malestar emocional para debatir los pensamientos irracionales. Esta acción se repite las veces que sean necesario para que en el paciente disminuya o desaparezca el miedo, fobia y ansiedad.
- Reforzamientos. Esta técnica se emplea luego que el paciente termine sus tareas asignada a través de palabras positivos o premios, pero también se pueden asignar castigos cuando no se cumple con las tareas,
- Entrenamiento en habilidades. Es necesario fortalecer en el paciente aquellos aspectos que necesitan mejorar como las habilidades sociales, el hablar en publico u otras.
- Prevención de recaídas. Es necesario una constante motivación a los pacientes para que existan recaídas y cuando se cae denuevo es necesario que se acepte que como seres humanos están expuestos a comerte errores que se pueden corregir.

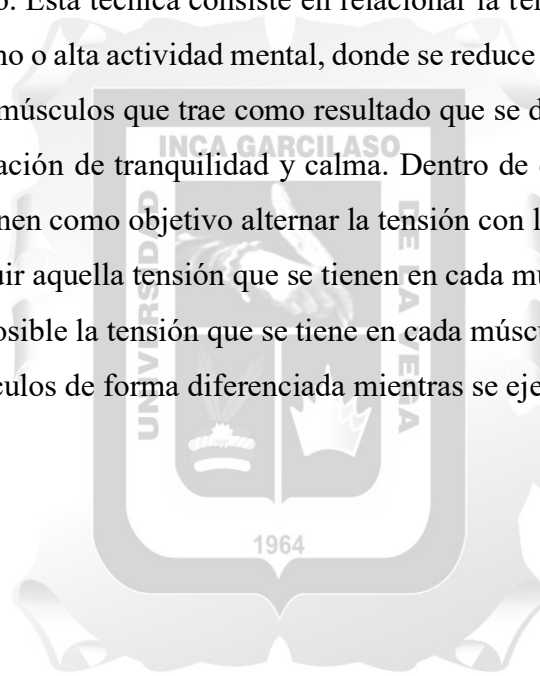
Además, se puede usar estrategias de autoayuda para que el paciente entienda y se sienta seguro que todo lo que se proponga lo puede conseguir.

- Canciones humorísticas racionales. Su fundador Albert Ellis compuso una variedad de canciones con la finalidad de combatir la ansiedad. Esta técnica se puede valer de otras.

Técnicas de relajación de Jakobson

Esta técnica fue propuesta por Edmund Jacobson en el año de 1929 y hasta la actualidad sigue siendo una de las técnicas más empleadas para reducir los niveles de ansiedad de estrés en los pacientes en todo el mundo. Esta técnica consiste en relacionar la tensión muscular y los estados psicológicos del nerviosismo o alta actividad mental, donde se reduce al máximo el tono muscular, en la cual se desactiva los músculos que trae como resultado que se desactive el sistema nervioso para luego sentir una sensación de tranquilidad y calma. Dentro de esta técnica se entrenan tres habilidades básicas que tienen como objetivo alternar la tensión con la relajación muscular:

- Percibir, y distinguir aquella tensión que se tienen en cada músculo del cuerpo.
- Reducir, todo lo posible la tensión que se tiene en cada músculo.
- Relajar, a los músculos de forma diferenciada mientras se ejecutan las tareas cotidianas.



3.2 ACCIONES, METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS:

Se presentará el caso clínico de una paciente con del estado de ánimo, cuya intervención se le aplicó la terapia racional emotiva conductual para lograr cambios favorables en la paciente, este caso fue uno de los casos más importante que aborde en mi experiencia profesional, pudiendo lograr un compromiso de la paciente desde la primera sesión

3.2.1 Anamnesis:

1. Etapa pre natal

- **Embarazo:**

La madre de la evaluada refiere que su embarazo fue no planificado, la tuvo a sus 19 años y su padre a los 24 años, la reacción de la madre y el padre al enterarse que iban a ser padres nuevamente fue favorable, la madre durante el embarazo no presentó amenaza de aborto.

Sin embargo, refiere que manifestó temores durante su embarazo, siendo este el miedo ante la figura paterna de la evaluada debido a que en ese entonces el padre ingería alcohol y generaba violencia en el hogar.

A su vez refiere que su apetito durante su gestación fue normal, no consumió ningún tipo de alcohol, drogas o medicamentos.

- **Parto:**

Parto fue natural, el lugar donde dió a luz fue en el Hospital de Pisco, tiempo de parto fue 9 meses cumplidos, peso 3.400 kg y talla 54cm, la coloración de la evaluada fue normal y al nacer tuvo llanto inmediato.

- **Lactancia:**

La lactancia de la evaluada fue por un tiempo exclusivo de 2 días, donde no manifestó dificultad de succión. Sin embargo, la madre de la evaluada refiere que la internaron de emergencia por un periodo de 20 días, por la negligencia del Hospital al dejarle placenta, durante el tratamiento le recetaron antibióticos muy fuertes, que causaron que no produjera más leche, es por ello que su destete fue radical, donde el único medio que tuvo la evaluada para alimentarse fue el biberón que dejó de usarlo hasta los 6 años.

- **Desarrollo Psicomotor:**

Levanto la cabeza a sus 3 meses, la edad que se sentó fue a los 6 meses, edad que gateó fue a sus 6 a 7 meses, y edad que caminó fue al 1 y 7 mes, donde tuvo uso de andador y presentó caídas frecuentes al aprender a caminar.

- **Lenguaje:**

No presentó problema de lenguaje, baluceó a sus 3 meses, y edad que elaboro sus primeras palabras fue al año y 1 mes.

- **Alimentación:**

A sus 6 meses empezó a comer papillas y 7 meses ya comía comidas sólidas, donde mantenía un ritmo normal al comer. Así mismo tuvo una alimentación autónoma al 1 y 2 mes.

- **Eliminación:**

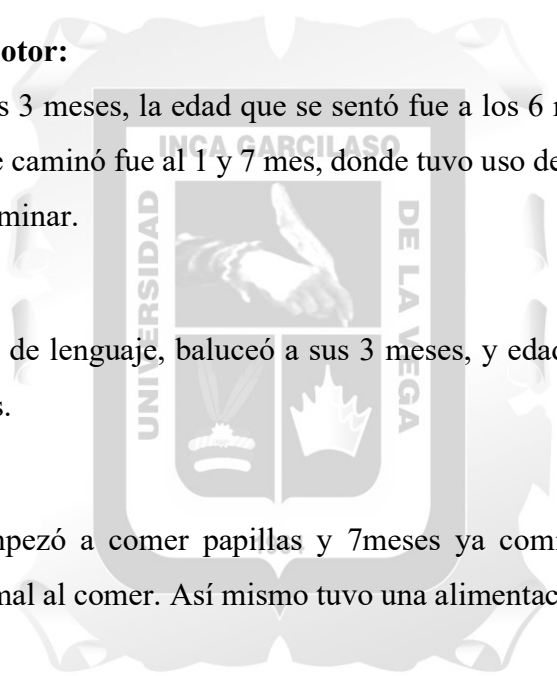
Controlo la micción y defecación fue al 2 año, sin embargo, la madre de la evaluada refiere que a partir del año le enseñaba y guiaba para que aprendiera hacerlo por sí sola.

- **Autovalimiento:**

Se auto valía por sí misma a sus 4 años, e indica que ayudaba a su hermano mayor a cambiarse

- **Sueño:**

Su sueño era normal, no tenía insomnio ni pesadillas, dormía sola y se despertaba sola.



2. Etapa de la Infancia:

La evaluada refiere que acudió a la escuela como alumna libre a sus 2 años al ver que su hermano mayor empezó acudir a la escuela, le surgió la motivación por experimentar el ámbito escolar, donde no presentó problemas de adaptación ya que nunca lloró, y tuvo un óptimo desenvolvimiento ya que siempre estaba aperturada a aprender nuevas cosas

- **Escolaridad:**

A sus 3 años la matricularon en una escuela cercana a su domicilio, donde se desenvolvía de manera favorable y presentaba una adecuada interacción con sus compañeros de clase, siendo sociable, amable y participativa, refiere que en sus tareas era ordenada y disciplinada e independiente ya que siempre tenía iniciativa para realizar sus actividades pendientes en la escuela, descubriendo así su inclinación por la pintura y dibujo, lo cual se convirtieron en uno de sus actividades favoritas realizadas en la escuela o tiempos libres.

A sus 5 años acudió a una escuela particular donde tampoco manifestó problemas de adaptación escolar, ya que mantenía una buena relación interacción con sus compañeros, donde refiere que en esa etapa su profesora de inicial tenía métodos de enseñanzas drásticos, ya que castigaba a sus compañeros físicamente y psicológicamente colocándoles orejas de burro cuando alguien fallaba al no responder una pregunta.

Además, refiere que le encantaba participar en las actividades escolares como danzas, teatro, dibujo y pintura, donde siempre obtenía los primeros puestos en los concursos lo cual le generaban satisfacción por sus logros.

Refiere que siempre era ordenada y muy disciplinada en sus cuadernos debido a que su madre era muy drástica en cuanto a su enseñanza , ya que cuando fallaba le arrancaba las hojas, o quería que todo su cuaderno este limpio y ordenado de lo contrario la regañaba si no lo estaba, mi madre siempre me decía: “ Debes hacerlo bien” “ No puedes fallar” “Si te equivocas, tendré que arrancarte las hojas, así tu profesora se enoje” “ Debes escribir bien y no salirte del reglón”, considero que eso produjo en mi miedo a equivocarme o fallar hasta el día de hoy.

- **Dinámica Familiar:**

Refiere que no fue tan agradable ya que estuvo expuesta a violencia sistemática donde participaba de manera pasiva ante la violencia originada por parte de su padre hacia su madre, desencadenando conductas disfuncionales provocando poca energía para asistir a la escuela, bajas calificaciones en su escuela, debido a que solía quedarse dormida casi siempre en clases, alteraciones en su sueño, disminución de apetito, aislamiento social provocándole deterioro en la relación con sus iguales, pérdida de interés por el dibujo y pintura, donde refiere que su mamá no prestó atención a esas conductas.

Así mismo refiere que presentaba preocupación marcada por su figura materna ya que cuando asistía a la escuela quería llegar pronto a casa, porque pensaba todo el tiempo que su padre podría golpear a mi madre, lo que me originó que se empezará a morder las uñas constantemente arrancarse los cabellos en horas de clase.

- **Antecedentes de importancia:**

Alrededor de sus 11 años tuvo un intento de suicidio, donde manifiesta que intentó ahorcarse en el baño de su casa con una correa, siendo este evento impactante para su sistema familiar, donde desencadenó que su madre acuda por primera vez a un psicólogo, donde recibió tratamiento psicológico y medicación por parte de psiquiatría para combatir la depresión que estaba atravesando.

Sin embargo, refiere que sólo asistió a 3 sesiones, ya que por temas económicos tuvo que dejar el tratamiento, debido a que su padre no asumía su rol ante sus necesidades básicas de ella y de sus hermanos.

3. Etapa de adolescencia:

Refiere que en la secundaria su desempeño escolar era favorable, llevándola a ocupar cuadro de mérito durante toda su secundaria, siempre destacaba en los cursos de letras, sin embargo, presentaba ciertas dificultades en números donde aprobó satisfactoriamente los cursos, ya que

refiere que su padre era drástico en cuanto a las calificaciones, originando que ella siempre sea disciplinada, ya que si obtenía bajas calificaciones en algún curso tendía a castigarla, prohibiéndole disfrutar sus vacaciones, lo cual desencadenó en un período de su adolescencia actitudes desafiantes debido a que la imposibilitaba de interactuar con su entorno social por el temor que inicie una relación a temprana edad, lo que desencadenó emociones disfuncionales, de tristeza, ira, angustia provocándole aislarse de sus compañeros de la escuela o entorno social.

- **Dinámica familiar actual:**

En cuanto a su dinámica familiar refiere que actualmente vive con sus 3 hermanos, mamá y papá, donde no mantiene mucha comunicación con ellos, debido a que su zona de confort es permanecer asilada de todos en su habitación, ya que manifiesta que es el único lugar donde se mantiene tranquila y no está expuesta a tantos gritos.

En relación a su madre suele mantener una buena relación con ella, ya que siempre ha confiado en ella, sobre sus cosas personales, donde refiere que siempre fue comprensiva y preocupada por su estado emocional de ella.

En relación a su padre no mantiene ningún tipo de comunicación refiere que solo lo saluda cuando llega del trabajo, ya que casi nunca han compartido tiempo juntos, donde se le dificulta mantener una conversación fluida con él, debido a que manifiesta temor hacia él por la violencia que anteriormente ha presenciado.

En cuanto a la relación con sus hermanos, refiere que mantiene una buena relación con su hermano mayor y el de 13 años, sin embargo, manifiesta que entre ellos pasan más tiempo juntos, porque tienen actividades recreativas en común como jugar play, ver Tv, jugar canicas, etc.

Así mismo refiere que desde el nacimiento de su hermano el menor, evidenció que su figura paterna disminuyó la ingesta de alcohol y ya no ejercía violencia física en su hogar, donde la llevó a sentirse un poco más tranquila, Sin embargo, continuaba la violencia psicológica en su hogar (insultos, malos tratos, humillaciones) lo cual se evidenciaban en las discusiones constantes entre su madre y padre, por las diferencias que tenían donde la hicieron despertar emociones negativas, ya que comenzó a sentir cansancio cuando se despertaba, irritabilidad lo que originaba que reaccionara mal, grite, ofenda a sus hermanos, aislamiento reflejado su entorno familiar, lo

que le hacía permanecer siempre en su habitación ya que considera que su zona de confort, disminución en su apetito, ya que subía y bajaba de peso, estado de ánimo deprimido, manifestado en llanto al recordar eventos de su infancia lo cual despertaban sentimientos de culpa, que se atenuaban más cuando percibía violencia psicológica por parte de su figura paterna. Así mismo refiere que tiene metas por empezar una carrera de veterinaria lo que la motiva a acudir al servicio.

Actualmente está llevando tratamiento médico para combatir la enfermedad.

- **Relaciones Interpersonales actual**

Refiere que sus relaciones con sus compañeros han sido carentes siempre, debido a que su figura paterna no le permitía relacionarse, lo cual normalizó el hecho hasta el día de hoy, de mantenerse alejada de sus compañeros, donde indica que no le llama la atención establecer contacto con ellos, debido a que no siente alegría por saber de ellos.

- **Área sexual:**

Refiere que nunca ha mantenido una relación amorosa por miedo a su figura paterna, donde su vida sexual es nula hasta el día de hoy.

INFORME PSICOLÓGICO

III. Datos de afiliación:

Nombres y Apellidos	: M.C.G
Edad	: 18 años
Fecha de nacimiento	: 12/05/95
Sexo	: Femenino
Lugar de nacimiento	: Pisco
Nºhermanos	: 2/4 1º 19 años , 2º 18 años, 3ero 13 años, 4to 3 años
Grado de instrucción	: Secundaria Completa.
Ocupación de la madre	: Ama de casa
Nivel de educación	: Secundaria completa
Ocupación del padre	: Electricista Industrial
Nivel de educación	: Técnico Superior
Fechas de evaluaciones	: Setiembre – Octubre del 2018
Examinadora	: Elorreaga Hernández Katherin del Pilar

IV. Técnicas utilizadas:

- Observación psicológica.
- Entrevista.
- Anamnesis.

V. Instrumentos utilizados:

- Test de la Figura Humana (Karen Machover).
- Test de Hombre Bajo la Lluvia (Silvia y María).
- Test de Frases Incompletas de Sacks.
- Inventario Multiaxial Clínico de Millon MCMI-II

VI. Motivo de evaluación:

Dra., decidí venir porque siento que ya no aguanto más ver los malos tratos de mi padre hacia mi madre ya crecí y no puedo permitir que le siga haciendo daño a ella, mi madre es la única persona que ha cuidado de mi desde niña, mi padre nunca estuvo para mí ya que siempre salía con sus amigos a beber y venía a la casa cuando quería y golpeaba a mi mamá, ya crecí y me siento mal cada vez que escucho como la trata, me parece injusto su forma de ser”.

VII. Observación:

Paciente femenina de contextura delgada, estatura promedio, tes trigueñas, con higiene y aseo personal reservado, aparentemente se visualiza signos de onicofagia moderada.

Su expresión facial denota preocupación y tristeza, al momento de relatar su discurso durante la entrevista, la cual se encontraba ligada a su vida pasada (infancia), donde a medida que relataba los eventos, mantenía contacto con sus emociones y manifestaba llanto, lo cual impedía establecer contacto visual gran parte de la entrevista.

Al momento de las evaluaciones, muestra en un primer momento predisposición, presentado atención adecuada al momento de la explicación de las indicaciones de cada evaluación siendo muy crítica y juiciosa ante los ítems.

Durante las evaluaciones proyectivas denotaba cierto grado de ansiedad al momento de ser evaluada, llevándola a ocupar más tiempo de lo debido y manifestando movimientos estereotipados (movimiento de pies) durante casi toda la evaluación.

VIII. Interpretación de los resultados:

Área Neuropsicologica:

Paciente lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, en estado de vigilia, juicio y sentido común conservado, atención sostenida y concentración estable. Presenta memoria a corto y largo plazo sin alteraciones.

Pensamiento de curso normal y contenido de tipo catástrfico, lenguaje de contenido coherente y curso adecuado.

Área de Personalidad:

Revela indicadores de desinterés y desgano manifestando una disminución en el placer por las actividades cotidianas, donde se evidencia además indicadores de irritabilidad ante los estímulos agobiantes que ocasionan una represión en el control de sus impulsos. Así mismo manifiesta altos niveles de ansiedad, que se evidencian por un fuerte apego a las normas sociales, lo cual la hace permanecer estados de alerta y angustia ante situaciones que demanden alto nivel de estrés.

Área Emocional:

Ante los estímulos manifiesta una represión en el control de sus impulsos al percibir situaciones agobiantes y estresantes, ya que no presenta recursos para afrontar conflictos que se le presenten en su vida cotidiana, produciendo que éstas la dominen y desestabilicen emocionalmente generando sentimientos de culpa, angustia y depresión.

Área Familiar:

En esta área se puede manifestar cierto grado de hostilidad por parte de la evaluada frente a su dinámica familiar, ya que no proyecta una adecuada relación con su figura paterna, percibiendo un medio hostil rodeada de conflictos, donde predomina la falta de comunicación, afecto y ausencia por parte del padre, produciéndole un desajuste para adaptarse a la vida de manera funcional

IX. Diagnóstico:

- **F34.1 Trastorno depresivo persistente (dístimia) con inicio temprano, con episodio de depresión mayor persistente.**

X. RECOMENDACIONES:

- Terapia Racional Emotiva Conductual.
- Reforzar habilidades sociales.
- Fortalecer su soporte emocional
- Medicación psicofarmacológica.



PLAN DE TRATAMIENTO

PRIMERA SESIÓN:

Objetivos:

Recolectar la mayor información posible sobre la problemática actual del paciente, donde se hizo uso de la técnica de alianza terapéutica para que el paciente pueda aperturar sus contenidos, donde el psicólogo logró de detectar signos y síntomas presentados en primera instancia.

Reforzar las técnicas y competencias para lograr una adecuada alianza con el paciente, de ello depende también el compromiso con sus objetivos del paciente.

Comprometer a la paciente con sus objetivos y objetivos de la sesión, donde se le hizo firmar un compromiso escrito.

Se le explicó al paciente sobre el procedimiento de la intervención:

1. Se le citará una vez a la semana por un periodo de 40 min, donde el paciente tiene que asistir 5 min antes de la hora establecida, previamente se tendrá que acercar al área de admisión para generar su cita.
2. Una vez generada su cita, deberá pasar por el área de triaje, donde se le pesará y tallará.
3. Luego se procedera a llevar su historia clínica al servicio.
4. Una vez recepcionada su historia clínica se dará inicio a la sesión.
5. En caso el paciente amerite la asistencia de sus padres, se le contactarán para que acudan al servicio.
6. En caso no pueda asistir a terapia deberá indicar para proceder hacer la reprogramación y generar un adicional a otro paciente.

Se detalla un extracto de la entrevista con el paciente en la primera cita.

T: Hola ¿que te trae a sesión?

C: Dra., decidí venir porque siento que ya no aguanto más ver los malos tratos de mi padre hacia mi madre ya crecí y no puedo permitir que le siga haciendo daño a ella, mi madre es la única persona que ha cuidado de mi desde niña, mi padre nunca estuvo para mí ya que siempre salía con sus amigos a beber y venía a la casa cuando quería y golpeaba a mi mamá, ya crecí y me siento

mal cada vez que escucho como la trata, me parece injusto su forma de ser”.

T: Qué te motivo a venir a sesión

C: Quiero sentirme mejor, tengo metas ante todo y quiero que lo que siento no interfiera en mis sueños, ya que me siento decaída, lloro en mi habitación, me siento de mal ánimo, quiero explotar, ya casi me siento con flojera para realizar mis cosas y he llegado a pensar que no lograré nada en la vida.

T: Comprendo, puedes decirme hace cuánto notaste que sentías todas esas cosas que refieres

C: La verdad desde que nació mi hermanito mi papá mejoró un poco ya no bebía alcohol como antes, pero las peleas con mi mamá seguían y me empecé a sentir así pero no he hablado con nadie esto.

T: Puedes especificarme a qué te refieres con peleas, para entenderte mejor.

C: Las discusiones entre ellos, mi papa insulta, humilla, grita a mi mamá cuando tienen entre ellos sus diferencias.

T: Comprendo, cuando te refieres a diferencias entiendo que existen cosas que no coinciden.

C: Así es, mi papa tiene actitudes muy feas

T: Entiendo, ¿puedes explicarme o definir que acciones tiene tu papá que te disgusta su forma de actuar? (técnica de clarificación)

C: Siempre grita, nunca habla bien, todo lo ve gritar o a veces insultar cuando llega de mal humor del trabajo.

T: Bien, entiendo que tiene dificultades para controlar situaciones y por ello reacciona de manera incorrecta con los demás. (Validación de sus emociones)

C: Sí, cuando mi papá discute y trata mal a mi mamá, voy hacia mi habitación y lloro hasta quedarme dormida (discurso en contacto con sus emociones, voz entre cortada) para no sentir más dolor.

T: ¿Puedes explicarme a qué te refieres con tratar mal? (Clarificación) (indagación)

C: Cuando la grita o le habla fuerte sin ninguna razón hasta insultarla. (Llanto)

T: Entiendo que te produce tristeza lo que está pasando en tu hogar, hace cuánto te has dado cuenta que estás sintiendote así? (validación de las emociones) (reflejo de emociones)

C: La verdad que siempre me he sentido así, pero trato de controlar y pensar que todo estará bien y busco formas de sentirme bien, lucho día a día. Trato de entender la situación y buscar formas que me ayuden, aunque me cueste.

T: Comprendo que trates de lidiar con las cosas que pasan dentro de tu casa, y que por tratar de lidiar te produzcan esas emociones y te generen malestar. Cuéntame ¿qué pensamientos te vienen a la mente cuando tu papá discute con tu mamá? (validación, indagación)

C: Uhhmm, Pienso que debería tratarla bien

C: Debo cuidar de ella

C: Debo hacer de todo para que ella este feliz y se sienta tranquila.

C: Porque sufre siempre

C: Es un idiota por lastimarla

C: Debería tratarla bien

T: Entiendo que es doloroso para ti ver esa situación a menudo, cuéntame ¿qué más es lo que piensas?

C: Porque sigue con él si la lastima y le hace daño.

T: No Podemos cambiar a todas las personas, Imaginate cuánta energía gastaríamos en cambiar a cada uno de las personas que hacen cosas que no estan bien.

Sin embargo, podemos hacer que tú cambies lo que tienes aquí (pensamiento) para que hagan sentir mejor poco a poco. (Retroalimentación)

C: (llanto) Cuando la veo llorar después de discutir con mi papá, me pregunto:

C: Porque no hice algo más por ella

C: Porque no pude sacarla de aquí cuando pude hacerlo.

C: Si ya no estuviera aquí, quizá todo mejore 1964

C: Quisiera irme de aquí, pero no la dejaría sola.

T: Puedo entender todo lo que me dices, y comprender lo que sientes ahora, pero ¿existe otra situación que te genere tristeza aparte de las que ya me contaste? (validación)

C: Sí, cuando estoy sola en mi habitación y recuerdo mi niñez (voz entrecortada)

T: Cuando te encuentras sola qué pensamientos vienen a tu mente en ese momento (indagación)

C: Nunca seré feliz

C: Siempre es lo mismo

C: No soporto más vivir así

C: El tiene la culpa de lo que siento ahora.

T: Muy bien. Has conversado con alguien sobre lo que está pasando en tu hogar (ingacación)

C: La verdad no, soy muy reservada en mis cosas, trato de morderme la lengua y tragarme la célera que siento cuando pasan esas cosas.

T: Qué bueno que puedas compartir conmigo estas cosas para poder ayudarte y aprendas a controlar lo que tienes aquí (pensamientos) mejores lo que te produce aquí (señalo el pecho).

C: Solo quiero que todo mejore en casa, mi papá debería cambiar para que todo mejore y estemos bien todos.

T: Quizá tu papá no se de cuenta o no mida las consecuencias de sus acciones y por ello continúa teniendo esas reacciones con ustedes.

C: Si, aveces lo entiendo, mi tía me contó que cuando él era niño mi abuelo era muy malo con él

T: A que te refieres con malo

C: Lo golpeaba mucho si es que no hacía lo que el le pedía desde que mi tía me contó eso, lo entiendo mejor, y sé que quizá él es así porque paso eso de niño.

T: No existe un manual donde este escrito que nuestro guión de vida determinen nuestro presente ¿conoces alguno? (debate por evidencias)

C: (relexiona), no

T: El tener compasión por él esta bien, porque quizá tu papá tampoco merecía al igual que tú pasar momentos difíciles en su infancia.

C: Si Dra, yo quisiera que me ayude y nos ayude.

T: Claro que sí, es por ello que estás aquí y decidiste venir, porque desde que diste esa iniciativa, ya dice mucho de tí.

T: Cuéntame ¿crees que existe un manual donde puedas evitar que pasen esas cosas a tu alrededor? (debate por evidencias)

C: Relexiona (pensando) No. pero pude evitarlo

T: El no evitar una situación en la cual no puedes controlar ¿qué pensamiento te genera?

C: Que soy mala e inútil, que no puedo nunca hacer nada bien, ni por las personas que amo

T: Es ilógico que pienses que no puedes hacer nada bien, cuando existen evidencias que has logrado mantener un cuadro de mérito en toda tu secundaria (debate por evidencias), eso quiere decir que el no poder evitar una situación no te define como persona, ¿no crees?

C: Es cierto (en contacto en tus emociones). (insight)

T: El que no puedas controlar situaciones no te define que buena o mala eres como ser humano,

cuando me cuentas que eras niña y no pudiste ayudar a tu mamá, es porqué papá y mamá debían de cuidarte y protegerte a ti, entiendo que sientas lo que sientes. Sin embargo ¿Dónde está escrito que los niños son responsables de las acciones o desiciones de los padres? ¿Existe un libro donde indica ello? (retroalimentación) (debate).

C: (contacto con sus emociones), pero aveces me siento culpable y lloro y tengo ira y quiero tirar todo en mi habitación.

T: Entiendo perfectamente lo que sientes, trabajaremos juntas para ayudarte a aliviar esas emociones que te están causando tristeza. (Validación)

En la siguiente sesión revisaremos algo interesante que te ayudará a sentirte un poco mejor, donde plantaremos juntas objetivas para trabajar durante sesiones cada semana.

Si te preguntará ¿qué es lo que quisieras mejorar en tí, que me dirías? (indagación)

C: Como me siento, quiero ser como las demás chicas, poder ser feliz, vivir tranquila como las demás familias, dejar de sufrir, toda mi vida he sufrido, pero no lo he demostrado.

T: Comprendo, sé que todo lo que has vivido te ha llevado a sentirte así, entonces trabajaremos juntas para ayudarte a mejorar esto que sientes aquí (Señala el pecho).

Logros Obtenidos:

1. Se logró que la paciente aperture sus contenidos emocionales, durante toda la entrevista donde se realizó una adecuada alianza terapéutica para poder recolectar toda la información necesaria y evaluar signos y síntomas que permita dar una primera impresión diagnóstica de la paciente siendo esta: Trastorno del estado de ánimo, depresión severa.
2. Se utilizó técnicas de alianza como: reflejo de emociones, validación de las emociones, clarificación, reformulación del lenguaje, retroalimentación.
3. Se utilizó un debate de creencias muy breve con la intención de que la paciente tome consciencia (insigth) de su irracionalidad que le producía emociones discuncionales y conductas desadaptativas.

Tabla 10. Identificación de creencias irracionales por parte del psicólogo.

A (SITUACIÓN)	B (PENSAMIENTO)	C (EMOCIÓN/ CONDUCTA)
<p>Cuando mi papá grita o le habla fuerte a mi mamá sin ninguna razón hasta insultarla (A1)</p>	<p>B: Debo cuidar de ella B: Debo hacer de todo para que ella este feliz y se sienta tranquila. B: Porque sufre siempre B: ¡Es un idiota por lastimarla! B: Debería tratarla bien B: Porque sigue con él si la lastima y le hace daño</p>	<p>C: Tristeza (9) -lloro C: Cólera (8) - hago puño -arrojo mi celular</p>
<p>Cuando veo llorar a mi mamá en su habitación después de discutir con mi papá (A2)</p>	<p>B: Porque no hice algo más por ella B: Porque no pude sacarla de aquí cuando pude hacerlo.</p>	<p>C: Culpa-Tristeza (8) - lloro</p>
<p>Cuando estoy sola en mi habitación y recuerdo mi niñez (A3)</p>	<p>B: Si ya no estuviera aquí, quizá todo mejore B: Quisiera irme de aquí, pero no la dejaría sola. 1964 B: Nunca seré feliz B: Siempre es lo mismo, siempre seran asi las cosas B: No soporto más vivir así B: El tiene la culpa de lo que siento ahora.</p>	<p>C: Tristeza (9) - lloro C: Cólera (9) -hago puño -grito en mi almohada</p>

Interpretación: Se identificaron creencias irracionales de autodemandas, demandas e intolerancia

SEGUNDA SESIÓN:

Objetivos:

Psicoeducar a la paciente sobre el impacto que tiene nuestros pensamientos en nuestras emociones y conductas.

Se procedió en identificar las situaciones (A) pensamientos (B) y emociones/conductas (C) que experimenta la paciente ante distintos eventos dentro de su dinámica familiar, donde se evaluó las creencias irracionales y se reestructuraron para generar emociones funcionales y conductas adaptativas en la paciente.

En primera instancia se procederá:

1. Se le explicó al paciente la importancia de la Teoría Racional Emotiva Conductual, comprometiéndolo a seguir con el enfoque para lograr objetivos a corto plazo.
2. Se dialogó con el paciente, haciendo un feed back de la última entrevista que se recolectó información importante para luego esquematizar la teoría de Ellis. ABC.
3. Se utilizó la creatividad para psicoeducar al paciente sobre la importancia de nuestros pensamientos en nuestras emociones y conducta.
4. Se invitó al paciente a reflexionar sobre las creencias identificadas para que sea consciente de la relación que tiene los pensamientos en cuanto a la emoción y conducta.
5. Se utilizó metáforas creativas para que la paciente identifique en conjunto a la intervención del psicólogo sus creencias irracionales.

Metáfora:

Se empleó el uso de metáforas durante la intervención para que la paciente logre identificar con mayor facilidad los eventos, emociones y conductas que le producen cierto grado de inestabilidad emocional, donde se le detallará paso a paso en qué consiste cada metáfora:

Comenzamos:

- **Árbol:** Imagina que tú eres este lindo y hermoso árbol, llena de color y radiante y te encuentras en medio de este campo abierto al aire libre, respirando oxígeno siendo y eligiendo sentirte bien cuando el viento sopla.
- **Campo:** Todo este espacio que percibes a tu alrededor es tu consciencia plena, es decir es tu mente que se encuentra aperturada a darse cuenta de las cosas que lo rodean, donde puedes ser capaz de elegir cómo pensar, y cómo sentirte en cualquier evento o situación.
- **Pájaros:** Imagina que encima de ti se encuentra una manada de pájaros, cada uno tiene un pensamiento (mensaje) distinto, ya que cada uno tienen un canto diferente. Cada pájaro tiene un mensaje positivo o negativo, pero solo tú eres capaz de oír y sentirte bien con el pájaro de mejor canto. Ya que alrededor tienes un espacio inmenso para poder pensar y respirar oxígeno.
- **Frutos:** Imagínate ahora que los frutos que se encuentran en ti, son aquellas cosas que tú has ido construido a lo largo de tu vida para mantenerte de pie y no marchitarte. (objetivos/metas)
- **Agua:** El agua simbolizará tu fuente de paz, tú vas a elegir cuando regarte y darte cariño para sentirte mejor y hacer que permanezcas colorida y radiante.
- **Las Flores:** Las flores simbolizaran un nuevo pensamiento construido por ti que regarás a diario y lo cuidarás tanto como te cuidas a ti.

Procedimiento:

T: Bien, te invite a conocer algo novedoso que quizá aún no conozcas, puedes ver este cuadro (señalizo el cuadro ABC).

C: Si, puedo verlo

T: Ok cómo te comenté anteriormente, vamos a imaginar que tú eres un árbol hermoso y colorido y estas situado en un campo abierto muy amplio y con mucho oxígeno, en ese campo puede llover, salir el sol, estar nublado o despejado, así como nuestros días que algunos días hay problema, estamos más felices, más despejado de los problemas, cada uno son situaciones que pasas a diario y pueden ser buenas, no tan buenas o malas, como por ejm: Cuando tu papá discute con tu mamá eso es una situación y la colocaremos en el campo donde se encuentra la A donde dice (situación)

C: Bien si, comprendo

T: Ahora imagínate que encima tuyo hay una manada de pájaros, cada pájaro representa un pensamiento, ya que todos tienen un canto diferente, canto suave (pensamientos buenos), canto fuerte que nos perturba (pensamientos no tan buenos). ¿Esta bien?

¿Qué pensamiento pasa por tu mente (Pájaro)? ¿Cuándo tu papá grita a tu mamá (A)? (relación entre A y B)

C: Silencio. Pienso que “debo cuidarla” “debo de hacer de todo porque ella sea feliz y este tranquila” “porque sufre siempre” “es un idiota por lastimarla” “debería tratarla bien”.

T: Ok, ya identificamos qué pensamientos pasan por tu mente.

Ese pensamiento que acabas de identificar es de ¿canto suave? O ¿fuerte, porque te perturba?

Es de canto fuerte, porque me perturba.

Ok, y ¿de qué manera te perturba?

C: Me perturba porque me hace sentir mal

T: ¿A qué te refieres con hacerte sentir mal?

C: A sentirme triste y llorar sola en mi cuarto hasta quedarme dormida o a causarme cólera de no poder hacer nada por ella y querer tirar todo.

T: Entiendo, comprendo que el hecho de presenciar las actitudes de tu padre origine esas emociones en tí.

C: (Voz entrecortada) (contacto con sus emociones), Sí...

T: Me comentaste también que había otras situaciones donde experimentabas emociones similares, ¿puedes identificar esa situación?

C: Uhhh... Cuando veo a mi mamá llorar en su habitación después de haber discutido con mi papá

T: Bien, muy bien, ¿qué piensas en ese momento?

C: Pienso que “Es mi culpa, porque no puedo sacarla de aquí” “No puedo ayudarla” “Si ya no estuviera aquí quizá todo cambie”, “Quisiera irme de aquí pero no la dejaría sola”. “porqué mi papa no cambia”. (B)

T: Ok, esos serían tus pensamientos y se ubicarían en el espacio donde se encuentras (B) que es el espacio de los pensamientos que se producen ante la situación que es (A)

¿A qué te refieres con cambiar? ¿Qué actitudes te gustaría que tu papá mejore? (indagación)

C: A que no sea malhumorado.

T: Bien, ¿podrías especificarme que significa para ti ser malhumorado? (clarificación)

C: Que deje de ser griton, que hable más despacio, que no grite siempre e insulte, porque lastima

T: Bien ahora si entiendo un poco mejor lo que quieres decirme.

C: El hecho que tu padre siga manteniendo esas actitudes ¿qué te hace pensar?

T: ¡Que es un estúpido! (condena)

T: Entiendo, que tiene algunas actitudes que te incomodan. (Reformulación del lenguaje) (Darle definición)

C: Bueno si. Pero debería cambiar por el bien de todos, por él cargo con muchas cosas que hasta ahora me hacen daño.

T: ¿Existe alguna evidencia donde se pruebe que los acontecimientos de nuestro pasado determinan nuestro presente? (debate basado en evidencias)

C: Ummmm, (silencio) (reflexiona)

T: Influye, pero no determina.

¿El pensar que las cosas de tu pasado determinan tu futuro te ha ayudado a sentirte mejor hasta el momento? (debate basado en funcionalidad)

C: Pues. No, tienes razón

T: Cuando me dices que ves a tu mamá llorar después de haber discutido con tu papá. ¿Cómo te sientes?

C: Pues, Triste y me da rabia verla así, me duele

T: Sí tuvieras que medir esa tristeza del 1 al 10, cuánto le pondrías (termómetro emocional)

C: 9, es algo horrible! (catastrofismo)

T: Y ¿si tuvieras que medir tu colera del 1 al 10 cuánto de colera experimentar en ese momento?

C: 8, porque siento que pierdo el control, y quiero tirar todo en mi cuarto, pero me aguanto

T: Bien eso que describes son emociones, las emociones pueden ser funcionales (buenas) o disfuncionales (no tan buenas) y las emociones malas aparecen cuando existe algún pensamiento no tan sano también para nosotros que nos genera tener conductas disfuncionales.

Es por ello que vamos a ir identificando poco a poco los pensamientos y emociones que nos producen actuar de manera disfuncional, es decir no tan bien.

Por ejm: Me comentaste también que cuando sueles estar sola en tu habitación, recuerdas cosas de tu infancia y te sientes triste al recordarlas. ¿Podemos hablar de esas cosas que te causan tristeza?

C: (Llanto). Cuando suelo estar sola en mi cuarto que es amenudo hay días donde se me vienen a la mente esos recuerdos y trato de calmarme, pero no puedo, y puedo llorar toda la noche y luego dormirme para ya no pensar más en ellas.

Bien comprendo que esos recuerdos te hagan sentir triste, ¿podemos hablar de que pensamientos pasan por tu mente en esos momentos?

C: Pienso que nunca podré ser feliz (B1)

C: Siempre es lo mismo (B2)

C: No soporto vivir más así (B3)

C: El tiene la culpa de que yo me sienta así ahora (B4)

T: Bien, poco a poco ya vamos entendiendo mejor en qué consiste esto, igual trata de pensar y describirme que emociones te despiertan al pensar que:

B: Nunca serás feliz (B1)

B: Siempre es lo mismo (B2)

B: No soporto vivir más así (B3)

B: El tiene culpa de que yo me sienta así ahora (B4)

C: Me siento mal, lloro en mi cuarto, a veces ya no se que más hacer, trato de calmarme y sentirme mejor.

T: El llorar nos hace liberar la emoción de tristeza, y logra que entiendas poco a poco cuál es la función de cada emoción, sin embargo, el llorar a menudo nos indica que necesitamos ayuda para lograr sentirnos mejor.

Bien te entregaré este afiche donde podras revisar estas metáforas durante unos minutos, para que luego puedas identificar junto conmigo la dinámica de trabajo.

T: Te dejaré como inicio este cuadro para que pueda identificar poco a poco tus pensamientos, y emociones ante las situaciones que conversamos durante la entrevista.

La próxima sesión, trataremos de revisarlo y juntas iremos acomodando cada pensamiento y emoción y conducta, ¿que te parece?

C: Sí esta bien

T: Bien, intentalo y la proxima sesión lo revisamos juntas, si logras encontrar otra situación que te genera malestar puedes añadirlo en el cuadro y lo podemos revisar también.

Logros obtenidos:

1. Se logró que la paciente logre captar la idea del enfoque que se empleó durante todo el proceso a través de la psicoeducación sobre la Terapia Racional Emotiva Conductual.
2. Se logró que la paciente sea capaz de identificar la función de su dinámica familiar la cual le generaba emociones disfuncionales.
3. Se logró trabajar en conjunto de la paciente a través de metáforas para que el proceso sea más dinámico, y logré captar mejor la idea de la intervención.

Asignaciones de tareas:

Se le pidió a la paciente que durante el periodo de una semana logre registrar e identificar algunas otras situaciones donde le generaban malestar emocional, para que en el transcurso del proceso reflexionar juntas sobre aquella situación y poder debatirlas.

TERCERA SESIÓN:

En la tercera sesión el paciente acudió al servicio donde presentó el cuadro de ABC de la Teoría Racional Emotiva Conductual, donde logró identificar sus creencias irracionales en gran parte, pudiendo tomar consciencia del impacto que tiene las creencias en nuestra emoción y conducta.

Tabla 11. Tareas asignadas a la paciente para identificar B en su entorno familiar.

A (SITUACIÓN)	B (PENSAMIENTO)	C (EMOCIÓN/ CONDUCTA)
Cuando mi papá me llama a su cuarto para decirme algo (A4)	B: “Me va a gritar”. B: “Que me va a decir”. B: “Me pegará”. B: “Seguro ya se entero que salí con mis amigos” B: “Ahora que hice”.	-Tiemblo Miedo (9) -sudoración -palpitaciones -sudoración en manos
Cuando me equivoco en alguna cosa que manda hacer (A5)	B: “No puedo fallar” B: “No debo equivocarme” B: “Debo hacerlo bien” B: “Si fallo soy torpe”	Miedo (8) -siento vacío en el pecho. -sudoración -tensión
Cuando quiero intervenir en una conversación en casa (A6)	B: Tengo miedo a decir algo que pueda enojar a mi papa B: “Seguro digo algo torpe” B: “Debo calmarme” B: “No puedo equivocarme”	Miedo (9) - palpitación. -muevo las manos. - sudoración -vacío en el pecho

Interpretación: *Se puede analizar las creencias identificadas por parte de la paciente que son marcadas evidenciándose autodemandas que orginanan emoción disfuncional de ansiedad.*

Tabla 12. Debate de las creencias irracionales de la A1 por parte del psicólogo.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN/CONDUCTA	DEBATE
A: Cuando mi papá grita o le habla fuerte a mi mamá sin ninguna razón hasta insultarla (A1)	B: Debo cuidar de ella	C: Tristeza (9) -lloro	¿Existe un manual donde puedas evitar que pasen esas cosas a tu alrededor?
	B: Debo hacer de todo para que ella este feliz y se sienta tranquila.		¿Existe algún libro que indique que debes encargarte de proteger a todo tu entorno?
	B: Porque sufre siempre		¿Tienes evidencias que indiquen que debes hacer que todos sean felices?
	B: ¡Es un idiota por lastimarla!	C: Cólera (8) - hago puño	¿El pensar que tu padre actúa de manera incorrecta y ocasionarte cólera, te ha ayudado a sentirte mejor durante todo este tiempo?
	B: Debería tratarla bien	-arrojo mi celular	¿El condenar a tu padre te ha ayudado a que el cambie su conducta?
	B: Porque sigue con él si la lastima y le hace daño	1964	

Interpretación: Se pudo identificar las creencias de demandas y autodemandas que generaban emociones disfuncionales de tristeza y cólera.

Objetivos:

1. Psicoeducar a la paciente sobre su estado emocional actual
2. Lograr que la paciente tome consciencia de su irracionalidad donde identificaremos junto con la paciente la primera situación que le generaban pensamientos irracionales que despertaban emociones y conductas disfuncionales.
3. Debatir las creencias identificadas
4. Lograr una nueva filosofía de vida en la paciente
5. Brindar técnicas que le ayuden a controlar su emoción

Psicoeducación sobre su estado emocional actual:

Es importante antes de continuar con el proceso, conocer el porqué nos sentimos a veces bien, no tan bien y a veces mal.

Es normal sentirnos tristes en ocasiones, y eso se debe a que las emociones nos ayudan a poder afrontar cualquier situación en nuestra vida cotidiana, lo cual nos permite muchas veces adaptarnos a los diferentes problemas que nos puedan presentar.

Por ejemplo, cuando nos sentimos tristes, es normal, porque pudimos haber tenido un día no tan bueno y nos genera la emoción de tristeza, pero ¿cuándo es que y esta tristeza no es normal? cuando ya nos dificulta realizar las mismas cosas que solíamos hacer anteriormente, quizá me gustaba bailar, pintar, hacer deporte, ir de fiesta con mi amiga, pintar, etc.

Y bien, ¿cómo esto influye en nuestro estado de ánimo cuando no nos sentimos bien?

Nuestra energía disminuye, ya que no nos sentimos con la misma energía para poder realizar las actividades que solíamos realizar con normalidad, empezamos a sentirnos un poco más cansado que lo normal.

Nuestros pensamientos, ya empiezan a aparecer de manera negativos, nos sentimos pesimistas, nos cuesta concentrarnos en alguna actividad, aparecen pensamientos en contra de nosotros como aquellos que nos decimos: “no puedo” “soy torpe” “soy tonto” “soy incapaz”.

Nuestras relaciones con nuestros amigos, pueden decaer visiblemente, nos aislamos de nuestro compañero, familia, y empezamos a estar cada día más solos porque ya no disfrutamos compartir con ellos.

Y cómo influye eso en nuestra conducta, pues, empezamos a dejar de hacer cosas, paramos tirados en nuestra habitación, y muchas veces también hasta podemos sentirnos irritables, que nos ocasiona molestía la mayor parte de las cosas y esto también nos puede traer problemas con las demás personas.

T: ¿Qué opinas de lo que te acabo comentar?

C: Creo que es lo que me pasa, últimamente me estoy sintiendo así.

T: y es excelente que hayas asistido a buscar ayuda en una persona que puede ofrecerte muchas alternativas para que te sientas mejor.

T: En la sesión anterior pudimos revisar el impacto que genera nuestros pensamientos en las emociones, donde identificamos los eventos que te producían pensamientos no tan saludables que originaban en tí emociones disfuncionales (negativas) que hacían que te conduzcas con conductas desadaptativas.

C: Si dra, pude revisar eso con ud y pude darme cuenta que no estaba pensando tan bien, Seguro porque no me daba cuenta de eso, ahora ya lo he notado.

T: Bien pudimos revisar que una situación:

A: Cuando tu papá la grita a tu mamá o le habla fuerte sin ninguna razón hasta insultarla, pensabas que:

B: Debo cuidar de ella

B: Debo hacer de todo para que ella este feliz y se sienta tranquila.

B: Porque sufre siempre

Te originaba la emoción de C: Tristeza (9) lo cual producía en tí que llores.

Bien, pensemos juntas:

DEBATE:

T: ¿Existe un manual donde puedas evitar que pasen esas cosas a tu alrededor?

C: mmmmm (pensando) No. pero pude evitarlo

T: El no evitar una situación en la cual no puedes controlar que ¿pensamiento te genera?

C: Que soy mala y inútil, que no puedo nunca hacer nada bien, ni por las personas que amo

T: Entiendo que hay cosas que no te salgan como tú quisieras, sin embargo, es ilógico que pienses que no puedes hacer nada bien, cuando existen evidencias que has logrado mantener un cuadro de mérito en toda tu secundaria.

C: mmm, es cierto (en contacto en tus emociones).

T: El que no puedas controlar situaciones no te define que buena o mala eres como ser humano, cuando me cuentas que eras niña y no pudiste ayudar a tu mamá, es porque papá y mamá debían de cuidarte y protegerte a ti, entiendo que sientas lo que sientes. Sin embargo

¿Dónde está escrito que los niños son responsables de las acciones o desiciones de los padres?

¿Existe un libro donde indica ello?

Bien, vimos además que otros pensamientos que se te venían a la mente en ese momento era:

B: Es un idiota por lastimarla

B: Debería tratarla bien

B: Porqué sigue con él si la lastima y le hace daño

DEBATE:

T: Cuando piensas que tu papá es un idiota por lastimar a tu mamá, entiendo que te refieres a que hay actitudes de él que no te agradan, debido a que no tiene la capacidad de poder comunicar lo que quiere y siente de una manera correcta.

T: ¿El pensar constantemente ello, te ayudado a sentirte mejor contigo misma?

C: La verdad que no, porque porque hasta a producido en mi gastritis por lo que mucho reniego me dice el medico.

T: Vez, eso es una evidencia que no esta ayudandote, o que piensas

C: Uhmm, (risa) si.

T: Nuevamente vemos que tanto puede causar nuestros pensamientos en nuestra salud tanto fisica como mental.

Vamos a ir revisando durante las sesiones el demás pensamiento que te originan emociones no tan buenas.

Logros obtenidos:

- Durante la sesión con la paciente se pudo lograr un mayor compromiso de la paciente con el cambio, debido a que durante las sesiones iba comprendiendo la importancia de reestructurar el nivel del pensamiento, para mejorar nuestras emociones.
- Se dificultó en un primer momento la identificación mediante la teoría del ABC, sin embargo, durante la sesión se fue modificando y mejorando los pensamientos, emociones y conductas plasmadas por parte de la paciente.
- Se reforzó el proceso de intervención para lograr un compromiso a largo plazo, donde a través del debate se fue reestructurando las creencias llevándola a sentir emociones más funcionales que fueron reflejadas durante la sesión.
- Se logró que cambie su emoción y disminuya logrando conciencia plena del cambio, mediante la sesión y situaciones que iba afrontando en su entorno familiar.

Asignación de tareas:

- ✓ Registro durante una semana de las cosas positivas que te pasaron durante la semana, por ejm: salí a la tienda un niño se me acercó y me sonrió, ví una película divertida, mi mamá me compró un postre que me agrada, me escribió una amiga de mi escuela, así vamos a darnos cuenta que a veces el estar un poco tristes no nos hacen darnos cuenta de las cosas buenas a nuestro alrededor y nos nubla muchas veces la visión.
- ✓ Vas a realizar un termómetro de la alegría, donde lo enumeraras del 1 al 10, donde en el 1 colocarás una actividad agradable que hayas empezado hacer, y en el 2 colocarás qué pensamientos nuevos empezaste a contruir, y continuaras hasta el número 10.

Tabla 13. Registro de situaciones agradables durante la semana.

<i>Días de la semana</i>	<i>Eventos positivo</i>	<i>Emoción 1 al 10</i>	<i>Pensamientos</i>
<i>Lunes</i>	<i>Ordenando mi cuarto encontré un detalle</i>	<i>4</i>	<i>Recordé cuando era feliz</i>
<i>Martes</i>	<i>En la radio que oye mi mamá sonó una de mis favoritas</i>	<i>3</i>	<i>Que bien, debe pasar más seguido esa música</i>
<i>Miércoles</i>	<i>Mi mamá me regaló una blusa que me gustaba hace mucho</i>	<i>6</i>	<i>Soy importante</i>
<i>Jueves</i>	<i>En la tv, ví una película que me gustaba cuando era niña</i>	<i>7</i>	<i>Volveré a verla, me gusta</i>
<i>Viernes</i>	<i>Soñe que ingresé a la Universidad</i>	<i>7</i>	<i>Es lo que más deseo</i>
<i>Sábado</i>	<i>Corté mi cabello</i>	<i>5</i>	<i>Me gusta como me queda</i>
<i>Domingo</i>	<i>Escuché música mientras estaba en mi habitación</i>	<i>5</i>	<i>Me relaja</i>

Interpretación: Se pudo evidenciar que con técnicas directivas durante el proceso se pudo producir conductas más saludables para la paciente.

Tabla 14. Debate de las creencias irracionales de la A2.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN/CONDUCTA	DEBATE
A: Cuando veo llorar a mi mamá después de discutir con mi papa (A2)	B: Porque no hice algo más por ella	C: Culpa-Tristeza (8) - lloro	¿Es lógico que pienses que pudiste revertir cosas en tu pasado cuando sabías la condición de tu padre (ingeria alcohol)?
	B: Porque no pude sacarla de aquí cuando pude hacerlo.		¿Te ha ayudado en algo, pensar durante años que eres culpable de las acciones que tuvo él en un pasado?
	B: Si ya no estuviera aquí, quizá todo mejore		¿Existe un manual que corroboré que los niños como responsables de las acciones y desiciones de nuestros padres?
	B: Quisiera irme de aquí, pero no la dejaría sola.	C: Tristeza (9) - lloro	¿Tienes evidencias que cambiaría en algo el hecho que ya no estes aquí cuando tu padre no ha tomado acciones para cambiar su actitud?
	B: Nunca seré feliz		¿Es lógico que pienses que siempre sera lo mismo, cuando estas haciendo algo por ti, como venir a terapia?
	B: Siempre es lo mismo, siempre seran asi las cosas		¿Dónde está escrito que nunca podrá se feliz?

Interpretación: Se identificaron creencias de intolerancia a la frustración, demandas y autocondena produciendo emociones de cólera y tristeza.

CUARTA SESIÓN:

Objetivos:

Realizar un feed back, mediante la retroalimentación en conjunto con la paciente, donde se analizará e identificará las creencias irracionales para debatirla y generar emociones más funcionales.

Se brindará la técnica del Pai de la culpa que para generar una visión más amplia de la problemática del paciente con la finalidad de desligarla de su sentimiento de culpa y asignar responsabilidades a los agentes que tuvieron responsabilidad ante el evento.

Prodecimiento:

Antes de dar inicio se conversa brevemente con la paciente sobre cómo pasó su fin de semana, qué fue lo que hizo, con quién lo compartió.

Luego continuamos con la revision del cuadro:

T: Hubo otra situación que pudimos revisar juntas fue la siguiente:

T: Cuando ves llorar a tú mamá después de discutir con tú papá (A2), piensas:

B: Porque no hice algo más por ella

B: Porque no pude sacarla de aquí cuando pude hacerlo.

T: Aquí puedo notar que te despierta un sentimiento marcado de culpa haciendote experimentar un grado C: Culpa-Tristeza (8) originando que llores desmedidamente.

T: Puedes ver esto cierto

C: Sí es un círculo.

T: Bien imaginemos que es un pae, pero es una técnica para disminuir el grado de responsabilidad que se experimenta ante una situación, donde se trata de tener una perspectiva diferente de la situación.

¿Juntas pensaremos y colocaremos porcentajes de grado de responsabilidades ok? No culpa.

Indicas estos pensamientos que reflejan nivel de sentimiento alto de culpabilidad indicandolo en un nivel 8, además de la culpa manifiestas tristeza porque lloras al pensar ellos.

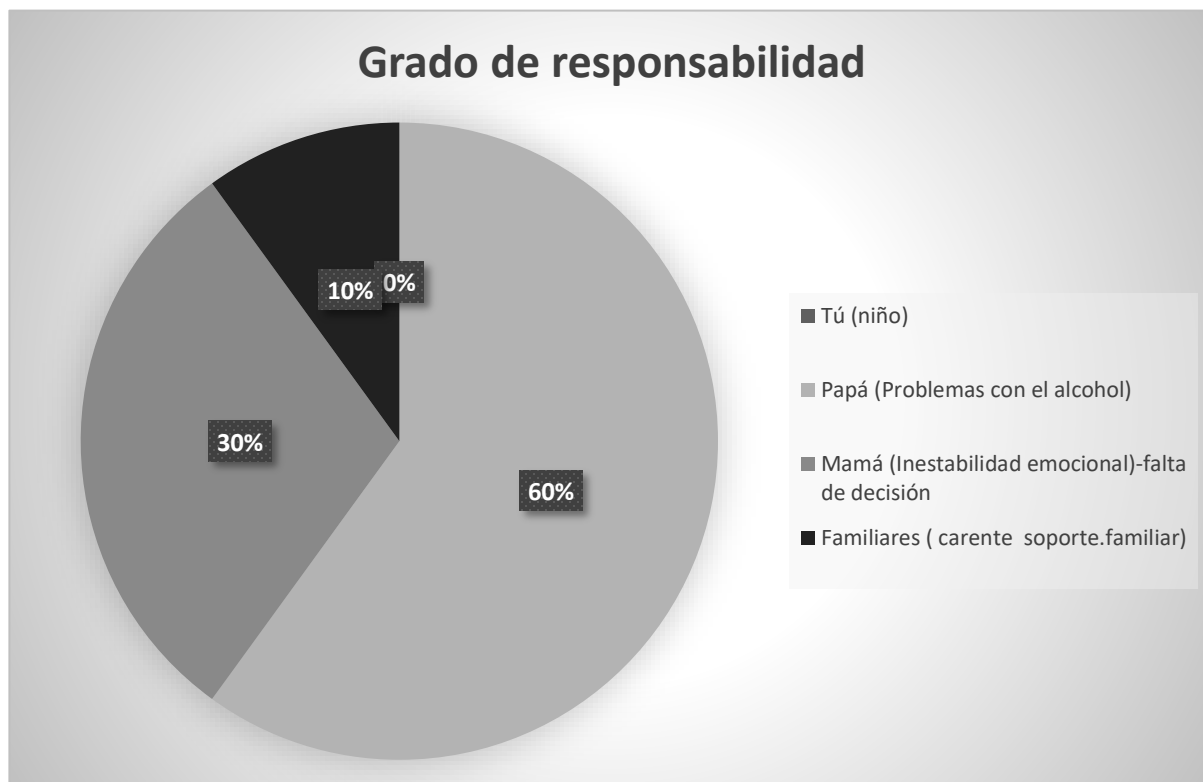


Figura VI: Técnica de la Torta

Interpretación: Se disminuyó el grado de responsabilidad de la paciente, donde se otorgó un grado de responsabilidad de 60% para su figura paterna, 30% para su figura maternal y 10% para su soporte familiar, pudiendo proyectarse a sí misma sin ningún grado de responsabilidad antes eventos pasados.

T: Bien revisemos juntas este gráfico y antes de iniciar, quiero darte unos detalles e informarte de algo primero:

Cuando se evidencian problemas de alcohol en un miembro de alguna familia suele generar problemas tanto en la dinámica familiar, entorno social, laboral, etc.

Eso también origina problemas físicos en la salud del que está padeciendo de este tipo de conductas, ya que puede originar una serie de enfermedades que pueden repercutir a largo plazo.

Pero bien veamos:

T: Me indicabas que durante tu infancia estabas expuesta a violencia física, psicológica que eran desencadenados por las actitudes de tu padre que si bien es cierto tenía problemas con el alcohol y como sabemos y ya te lo había explicado el ingerir alcohol o tener un problema serio, produce actitudes negativas.

Podrías decirme alguna

C: Mmmmm, ¿malestar?

T: Okey, ¿a que te refieres con malestar?

C: A qué se sienta mareado, confuso

T: Bien, te ayudo, el que una persona tenga problemas con el alcohol es altamente probable que genera violencia física, psicológica, como paso en este caso, que tu papá, llegaba a casa, gritaba, golpeaba, insultaba, solía estar más fuera de casa, aparte de ello genera también problemas para tener un trabajo fijo, porque inclusive puedes perder el trabajo por el alcohol, produce problemas en las relaciones sociales, ya que puedes resultar ser violento con tus compañeros, etc.

Ahora ya sabiendo y conociendo ellos, veremos de resolver esto.

DEBATE:

T: ¿Es lógico que te sientas responsable de una situación cuando eras sólo una niña que amérita el cuidado y protección de tus padres?

C: reflexiona, (contacto con sus emociones) No, porque mi papá en ese tiempo causaba eso en casa por beber alcohol casi siempre.

T: ¿Bien, y si diéramos responsabilidad a cada persona que estuvo involucrada y qué sabían lo que pasaba en tu casa cuánto porcentaje le pondrías de responsabilidad a tu papá? Pensemos juntas.

C: Mmmm, casi todo.

T: Ok, ¿cuánto le pondrías?

C: 60%?

T: Ok, es razonable, coloca ahí y divide el promedio de 60%.

C: Ok.

T: Ahora pongamos lo siguiente:

T: Tu mamá, estuvo al igual que ustedes sometida a violencia física y psicológica, sin embargo, no tomo acciones por evitar que se siga produciendo el círculo de la violencia.

C: Si, pero mi mamá me dice que ella aguanto todo porqué ella quería lo mejor para nosotros, y si nos ibamos no podia darnos nuestras comodidades.

T: Bien, comprendo

DEBATE:

T: ¿Es lógico que piense que el querer lo mejor para ustedes, consistía en seguir en ese circulo de violencia? ¿Te ayudo a sentirte mejor la desición que ella tuvo? Debate basado en funcionalidad

C: Pues, No

T: Entiendo lo que quería tu mamá para ustedes, pero no fue lo mas saludable para todos.

C: Ya viendo esto, y teniendo esta visión, coloca el grado de responsabilidad que tuvo ella ante esa situación

Mmmm, a ella le pondre, sólo 30%

T: Ok, es razonable

Bien, ¿y si diría también que tu familia a quienes pedías ayuda sobre lo que sucedía en casa, también eran responsables, que me dirías?

T: Mmm, podría ser que sí pero un poco, mis abuelos sabían, pero casi nunca hacían nada.

Ok, a ese grupo de personas que tenían conocimiento, también hay quedarles un % de responsabilidad.

C: Ok, a ellos solo le pondre 19%

T: Ok, veamos lo siguiente, entonces

DEBATE:

T: Ya tienes evidencias que por el estado de tu padre en ese tiempo podías haber hecho algo para revertir la situación ¿te ha ayudado en algo pensar durante años que eres culpable de las acciones de él? Debate funcional

C: No, dra.

T: ¿Existe un manual que corroboré que los niños como responsables de las acciones y desiciones de nuestros padres?

C: (silencio) No.

T; Ok, viendo todo de manera general cuanto de puntaje de responsabilidad te asignarías a tí

C: Ninguna.

T: Bien, hemos logrado algo el día de hoy, bien te felicito, juntas vamos mejorando.
(Reforzamiento)

La próxima sesión, vamos ir revisando las demás creencias que vimos durante la entrevista, donde vamos a reestructurar esas creencias por unas más saludable por tí ya que veo que esa es la que te origina alto nivel de tristeza.

Asignación de tareas:

Vas a reflexionar cada creencia que identificamos juntas y en un cuaderno anotarás algunas creencias que te funcionen a tí a sentirte mejor, no importa que tan bien lo hagas, recuerda que estoy aquí para orientarte y ayudarte.

Ok, dra.

Logros obtenidos

1. Se logró un cambio a nivel de pensamiento con la técnica empleada, donde se pudo brindar al paciente una visión más funcional del evento que le originaba un alto nivel de culpa.
2. Se disminuyó el grado de culpa mediante la asignación de responsabilidad a los miembros de su dinámica familiar.
3. Se conscientizó a la paciente sobre la diferencia de culpabilizar y responsabilizar a su dinámica familiar, donde el culpabilizar ocasionaba tener un pensamiento de condena hacia el otro y responsabilizar ameritaba aceptar la situación y permitir entender el hecho desde perspectivas distintas.

QUINTA SESIÓN:

Objetivos.

Se analizó y debatió las creencias que producían un alto nivel de ira en la paciente, donde se le brindó estrategias para utilizar durante los eventos que le producen ira, incomodidad.

Veamos, y revisamos anteriormente, veamos:

Identificamos dos creencias que pudimos ver que te generaban alto nivel de cólera y conyeban también a que te sientas triste. Recordemos, cuáles fueron:

A: Cuando veo llorar a mi mamá después de discutir con mi papá (A2)

A: Cuando estoy sola en mi habitación y recuerdo mi niñez (A3)

Los pensamientos que se manifestaron ante esas situaciones son:

B: Si ya no estuviera aquí, quizá todo mejore

B: Quisiera irme de aquí, pero no la dejaría sola.

B: Nunca seré feliz

B: Siempre es lo mismo

DEBATE:

T: ¿Tienes alguna evidencia que tu papá tomará acciones para mejorar actitudes de él, si han pasado años sin tomar algunas medidas?

Reflexiona, él no ha hecho nada hasta el momento para mejorar como persona

T: Si, por ello el necesita tomar consciencia de sus actitudes para que podamos ayudarlo también, y no solo a él, si no a tu mamá e hermanos.

C: Mis hermanos son más tranquilos que yo

T: ¿A qué te refieres con tranquilos? (clarificación)

C: Nunca los veo llorar, no son débiles como yo (autocondena)

T: El llorar no es sinónimo de debilidad, es sinónimo de que eres un ser humano como todos, ¿o radicas en otro planeta? Debate humorístico

C: Claro que no. (Risa).

T: También me comentabas que nunca serás feliz, eso es lo que piensas cuando estas en tu habitación, ¿cierto?

T: ¿Tienes un libro donde este escrito que nunca serás feliz, existe alguno?

C: (Baja la mirada) pues no dra.

T: ¿Te das cuenta que tan irracionales Podemos sonar en algunas ocasiones y que esos pensamientos pueden causarnos malestar emocional sin darnos cuenta?

C: Tiene razon, pero aveces no todos se dan cuenta. Como mi papá, por ejemplo

T: Tienes razón, es un claro ejemplo de ellos.

Continuemos, también me comentabas que tenías la idea que ronda siempre en tí

B: Que nada cambiará y que siempre será así (la situación)

T: ¿Es lógico pensar que siempre será, así las cosas, cuando estás haciendo algo por tí como el venir a terapia a recibir ayuda?

C: Verdad, es cierto dra, siempre me hace darme cuenta sobre lo errada que estoy.

T: La mayoría temenos esos pensamientos y no somos tan conscientes de ellos, estoy aquí para ayudarte a tomar un poco de claridad de ello.

Bien ha sido todo por hoy, te dejaré una tarea interesante:

Tarea 1:

Técnicas conductuales:

T: Vamos a crear habitos saludables para tí que te produzcan una emoción más saludable.

T: Vamos a intentar compartir más tiempo en familia, ¿qué sueles hacer los fines de semana?

C: Pues, todo el tiempo ando en mi cuarto, no me gusta compartir con ellos, no me siento bien tampoco compartiendo con ellos.

T: Bien, vamos a intentar compartir una hora diaria de comunicación con tu familia, vamos a dejar los objetos distractores como el celular. Y vamos a intentar empezar una conversación, preguntarles ¿cómo le fue en su día? ¿Qué tal les fue? ¿Cómo te sientes? etc.

Buscarás hablar un poco más con tus amigas, supongo que habías tenido amigas en tu secundaria que compartias en tu aula, pues buscarás hablar con las que más te hayas sentido a gusto y me contarás la próxima sesión que tal te fue

T: Me contarás que sensación experimentaste al hacerlo.

C: Bien, trataré de intentarlo.

T: Si durante esa semana has logrado al menos algo mínimo en poder compartir más tiempo con tu familia, será importante en este proceso.

T: Recuerda que lo que te motiva a continuar, es porque tienes metas definidas y quieres alcanzarlas, y ya estas haciendo demasiado con venir aquí.

Así mismo quiero que analices lo siguiente:

Tarea 2:

1. Tienes que anotar en un cuaderno, qué crees que produce experimentar estados de ira, bien, anota.
2. Luego, que alternativas usas tu para disminuir la ira.
3. Qué experimentas tu en estados de ira

Logros obtenidos:

1. Comprometer a la paciente con el cambio de su zona de confort.
2. Reestructurar su creencia minimizando la emoción funcional.
3. Comprometer a crear lazos de apoyo a través de su soporte emocional (circulo social, familiar).

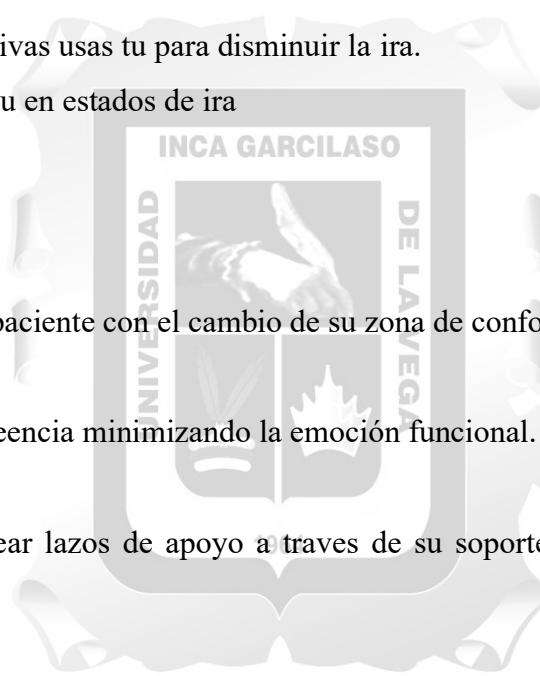


Tabla 15. Debate de las creencias irracionales de la A3 por parte del psicólogo.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN/CONDUCTA	DEBATE
A: Cuando estoy sola en mi habitación y recuerdo mi niñez (A3)	B: No soporto más vivir así B: El tiene la culpa de lo que siento ahora.	C: Cólera (9) -hago puño -grito en mi almohada	¿Es determinante que nuestro pasado diriga nuestro presente? ¿En qué te basas para indicar que nuestro pasado conduce nuestras vidas?
A: Cuando mi mamá entra a mi cuarto a preguntarme por qué lloro	B: Me enoja que me vea así B: No soy debil B: Basta que quiera saber todo de mí	C: Colera (7) –grito y le digo que se vaya de mi cuarto. Tristeza	El llorar no es sinónimo de debilidad, es sinónimo que aún seguimos vivos, o ¿radicas en otro planeta?

Interpretación: Se pudo identificar creencias irracionales de intolerancia, autocondena hacia sí mismo y hacia el otro.

SEXTA SESIÓN:

Se realizó la revisión de la tarea anterior donde se interactúa con la paciente sobre las dificultades que presentó al realizar el pendiente, donde se refuerza el intento de crear hábitos más saludables para sí misma.

Objetivos:

- Conscientizar a la paciente sobre las consecuencias de la emoción de ira para comprometerla con la etapa de cambio
- Debatir las creencias irracionales que originan las emociones disfuncionales de ira
- Disminuir la emoción de ira a través de técnicas emotivas y conductuales.

Se pudo detectar que la paciente, no tenía consciencia de las consecuencias que tienen para sí y para otros el manifestar ira.

Es por ello que antes de debatir la creencia de intolerancia que presenta ante la situación A3, la invitaremos a tomar consciencia de las consecuencias que produce la ira.

T: Bien, vamos a revisar juntas lo siguiente referias durante las sesiones anteriores:

Cuando estoy sola en mi habitación y recuerdo mi niñez (A3)

B: No soporto más vivir así

B: El tiene la culpa de lo que siento ahora.

¿Cierto? analicemos esto:

Invitamos a la paciente a la toma de consciencia

1. Debatimiento de creencias que originan la emoción disfuncional de la ira.
2. Brindar técnicas al paciente para controlar la ira.

Nota: Es importante en primera instancia que la paciente tome consciencia para pasar a debatir las creencias irracionales ya que se debe generar un cambio en la estructura a nivel de pensamiento para que la emoción disfuncional disminuya y luego sólo brindar técnicas que complementen y ayuden a mejorar el estado del paciente.

Tal vez has notado que en ocasiones te despierta una emoción fuerte ira, que en muchas ocasiones nos hacen decir cosas sin pensar o quizá, no hacen actuar de una mala manera y muchas veces no nos damos cuenta de las reacciones que experimentamos.

Esa emoción que aparece es la cólera o algunas veces ira, es como una alarma que nos avisa sobre situaciones de alto estrés que estamos viviendo o experimentando, por ellos muchas veces pensamos que es injusto o incorrecto una situación y nos desecadenan pensamiento como “es injusto” “es idiota” “soy una estúpida”, “no soporto que pase esto”. Eso mencionado es lo que pasa a nivel de nuestro pensamietos, es decir lo que pensamos muchas veces ante esos eventos.

La idea es que identifiquemos en qué situaciones experimentamos esa emoción de cólera que nos hacen reaccionar de una mala manera, ya que aveces podemos llegar a golpear, causar daño físico, nos hacen en niveles extremos hacernos daños a nosotros mismos.

Por eso el identificar las señales de alarma ante esos escenarios es de suma importancia:

Empezamos a detallar las consecuencias que genera la ira para la toma de consciencia de la paciente:

Bien, veamos esto (se señala una hoja de listado de consecuencias)

Consecuencia de la ira:

- Problemas cardiovasculares
- Problemas gastrointestinales, (la gastritis)
- Presión arterial
- Cefaleas (dolor de cabeza)
- Percepción de otros negativa.
- Problemas en las relaciones interpersonales(laboral/pareja/familiar/academica).
- Problema en la autoregulación
- Autolesionarse en casos severos
- Violencia física
- Tensión muscular

T: De toda esta lista que te he detallado, ¿te has identificado con algún punto?

C: Sí, yo siento dolores de cabeza cuando retengo cólera, sufro de gastritis actualmente, y si aveces siento que no puedo controlarme.

Bien.

DEBATE:

T: ¿El mantenerte en ese estado de ira, te ha ayudado a sentirte mejor y mejorar la enfermedad que padeces actualmente (gastritis)?

C: No, el médico me ha informado que porqué me siento tensionada y por renegar mucho tengo gastritis y puedo empeorar

T: Entonces, ¿Te das cuenta que no ayuda mucho permanecer en ese estado, hasta incluso puede empeorar e influir en tus metas. ¿O que piensas?

C: Siiii, no lo había notado, pero es que no sé como controlarme

T: Bien te enseñare hacerlo, te brindaré pautas para que puedas emplearlas cuando experimentes ira, bien.

Procedimiento centrado en el cambio a través de técnicas conductuales. La finalidad es no sólo debatir las creencias si no brindar recursos al paciente para controlar las diferentes dimensiones del cuadro que no son funcionales para ella.

Haciendo un análisis holístico de intervención para mejorar el proceso del paciente.

- Auto verbalizaciones y Respiración Inversa.

T: Bien, cuando experimentes esa sensación de ira realizarás lo siguiente:

Procedimiento:

T: Vas a exhalar profundamente (así mira como lo hago yo) bien, hazlo igual.

Bien, así, exhalamos profundamente, (técnica modelado) lo que originará es que liberes tensión acumulada lo harás las veces que sea necesario hasta lograr calmar tu emoción, ira.

Bien, lo intentarás practicar no sólo en esa situación, si no en aquella que te generen ira.

T: Piensa en otra situación ahora que estamos aquí que te genere cólera o ira

P: A: Cuando mi mamá entra a mi cuarto a preguntarme porqué lloro

B: Me enoja que me vea así

B: ¡No soy debil!

B: ¡Basta que quiera saber todo de mí!

T: Bien, recuerdas que anteriormente ya habíamos analizado ese pensamiento.

El llorar no es sinónimo de debilidad, es sinónimo que aún seguimos vivos, ¿cierto? Debate humorístico

C: Sí (risas) es cierto dra.

T: Bien, que ante esa situación que describes que sueles hacer.

C: Le digo que se vaya, le grito, le digo vete, estoy bien

T: Entiendo que te disguste estar ante esa situación, de nuevo nos damos cuenta que no es la situación que origina esos pensamientos, si no la forma en como interpretamos y despertamos esos pensamientos no tan sanos para nosotros.

- Técnica de Tiempo Fuera:

Ante eso, vamos a intentar realizar exhalar profundamente y comunicar el mensaje de manera adecuada que quieres transmitir a tu mamá para ello también debes indicarle a ella que si estás optando por esa alternativa es porque estas intentando primero controlar tu emoción.

¿Para luego conversar con ella sobre la situación Ok?

C: Está bien

- Reformulación del Lenguaje:

T: Cuando condenes a la otra persona sobre sus acciones, interarás pensar más racionalmente por un momento. Por ejm: Cuando me comentabas que tu papa es un estúpido por tratar así a tú mamá, podrias pensar:

“Hay cosas que me molestan de él, desearía que cambies ciertas actitudes”.

T: O cuando me decías que eres una inútil

“Entiendo que hay algunas cosas que no me salen tan bien, sin embargo, intenaré mejorar para poder hacerlo”.

Asignación de tareas:

- ✓ Registrarás en un cuadro las situaciones que generan molestias y al lado colocarás que alternativas podrías usar tu en esas ocasiones.
- ✓ Practicar

Logros obtenidos:

- Se logró que la paciente tome consciencia de su afectación emocional originadas por sus creencias las cuales producen una disfuncionalidad conductual y emocional
- Se logró modificar la creencia irracional mediante técnicas y debatimiento de creencias, donde también se logró afinanciar las creencias anteriormente identificadas.



SEPTIMA SESIÓN.

Objetivos:

- Realizar una retroalimentación del cuadro ABC, presentado por la paciente en sesiones anteriores
- Identificar y debatir creencias a nivel del pensamiento
- Brindar técnicas a corto plazo que favorezcan el proceso de la paciente con la intención de disminuir su emoción de angustia.

Se analizó junto con la paciente el cuadro A, B, C donde ella identificó otros eventos que desencadenaban creencias irracionales y le producían perturbación emocional.

Donde en primer momento se le preguntó que tan fácil se le hizo identificar cada pensamiento, donde ella fue clara al describir cada situación (A), pensamiento (B), emoción y conducta(C).

C: Dra, no fue tan fácil, pero pude darme cuenta en qué situaciones aparecen esos pensamientos que no tan Buenos. Y me tomo tiempo hacerlo, pero espero este bien

T: El hecho que ya lo hayas intentado, ya dice mucho de tí, es decir, ya poco a poco estás notando que puedes crear hábitos más saludables que te ayuden a sentirte un poco mejor.

C: Umm si, estoy tratando de sentirme mejor con su ayuda

T: Qué bueno.

T: ¿Cómo te has ido sintiendo durante todo el proceso que hemos interactuado juntas? donde hemos detectado diferentes creencias (pensamiento) y despertaban emociones no tan saludables para tí (señalo el pecho).

C: Un tanto mejor, porque hay cosas que no me había dado cuenta y necesitaba un empujón para ver que tanto tenía guardado y no lo expulsaba. Considero que puedo ahora vivir esas situaciones, pero ya no me producen ese malestar como antes, me he calmado, y solo quiero lograr sentirme bien del todo.

T: Es un proceso como ya lo notaste y poco a poco uno puede lograr sentirte un poco mejor.

Y falta aun trabajar juntas en otras situaciones que también noto que no te hacen sentir bien y te producen intranquilidad y quiero que juntas veamos esto, y reflexionemos sí.

Miremos esto muy atentas, este es lo que te pedí en una de las primeras sesiones avanzar, pues bien, vamos a revisarlo.

Se le mostró a la paciente el cuadro elaborado donde se le había añadido al lado del cuadro otro espacio, donde se reestructurará las creencias.

Tabla 16. Debate de las creencias irracionales identificadas por parte de la paciente

A (SITUACIÓN)	B (PENSAMIENTO)	DEBATE
A: Cuando mi papá me llama a su cuarto para decirme algo (A4)	B: “Me va a gritar”. B: “Que me va a decir”. B: “Me pegará”. B: “Seguro ya se entero que salí con mis amigos” B: “Ahora que hice”.	¿Que evidencias tienes que eso sucederá? ¿El pensar eso, sin tener una evidencia sólida a podido ayudarte a sentirte más tranquila?
A: Cuando me equivoco en alguna cosa que manda hacer (A5)	B: “No puedo fallar” B” No debo equivocarme” B:” Debo hacerlo bien” B: “Si fallo soy torpe”	¿En qué te basas para indicar que el fallar es de torpes? ¿Donde está pactado que los que nos equivocamos son torpes?
A: Cuando quiero intervenir en una conversación en casa (A6)	B: Tengo miedo a decir algo que pueda enojar a mi papa B: “Seguro digo algo torpe” B: “Debo calmarme” B: “No puedo equivocarme”	T: ¿Qué es lo peor que podría pasar si fallas? T: ¿Hay normas implantadas que digan como no equivocarnos? T: ¿Que probabilidad tienes de que al comunicarte con tu papa digas algo y falles?

Interpretación: Podemos identificar que la mayoría de las creencias presentadas por parte de la paciente estaban relacionadas a un futuro lo cual le podría niveles alto de ansiedad ante la figura de autoridad, por ello se reestructurará las creencias para disminuir la emoción disfuncional

Nota: Se puede analizar que los pensamientos de la paciente están ligados hacia un futuro, donde manifiesta pensamientos, catastróficos que se evidencian en preocupaciones que producen respuestas fisiológicas elevadas. Sin embargo, la conducta no es evitativa porque afronta el estímulo, y es ahí donde experimenta esas respuestas.

T: Colocaste en el cuadro que te pedí otras situaciones que te produjeran algunas otras emociones desagradables y vemos que identificaste esta situación:

Cuando mi papá me llama a su cuarto para decirme algo (A4), piensas lo siguiente

B: “Me va a gritar”.

B: “Que me va a decir”.

B: “Me pegará”.

B: “Seguro ya se entero que salí con mis amigos”

B: “Ahora que hice”.

Debate:

T: ¿Qué evidencias tienes que eso sucederá?

C: mmm, Ninguna

T: ¿El pensar eso sin tener una evidencia sólida a podido ayudarte a sentirte más tranquila?

C: No, dra, pero muchas veces lo pienso

T: Ok, entiendo que ese pensamiento este presente a menudo

C: Así es doctora.

Veamos este otro pensamiento muy marcado.

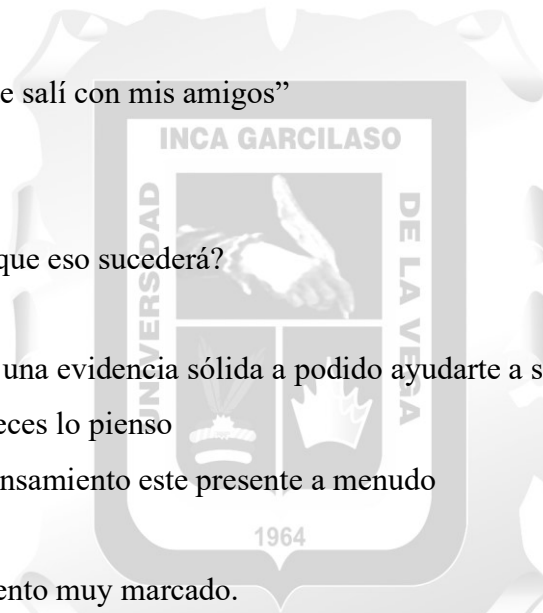
Cuando me equivoco en alguna cosa que manda hacer (A5) piensas:

B: “No puedo fallar”

B: “No debo equivocarme”

B: “Debo hacerlo bien”

B: “Si fallo soy torpe”



Debate:

T: ¿En qué te basas para indicar que el fallar es de torpes? Indicame algunas cosas que hayas o hagas en la actualidad que consideres que lo haces bien.

C: Cocinar, me gusta cocinar y mi mamá dice que me sale muy bien, claro está que cuando tengo ánimos ayudo y cuando no, pues no quiero.

T: Entonces te das cuenta que tienes evidencias que haces cosas y muy bien, veamos te ayudo, el llevar un cuadro de méritos durante toda la secundaria, es también una evidencia más que eres muy inteligente, y no sólo por ello, si no también por buscar alternativas para sentirte mejor.

T: ¿Dónde está pactado que los que nos equivocamos son torpes?

C: mmm, siento eso porque no soportaría equivocarme dra., desde niña nunca me he equivocado.

T: ¿De qué planetas radicas que nunca te has equivocado?

C: (risas), Si he fallado, pero no tolero hacerlo

T: ¿Hay alguien a quién admires?

C: (reflexiona) Sí, a mi mamá y a ud

T: ¿Hoy es viernes cierto?

C: No, es miércoles dra. (Técnica intencional)

T: Oh. Lo olvidé

T: ¿Dé que te das cuenta?

C: (risas) de que nos podemos equivocar todos, hasta incluso tú.

T: Muy bien todos tenemos derecho a equivocarnos y aprender de esas equivocaciones para mejorar más adelante.

T: También veo que este otro pensamiento causa emociones negativas.

Cuando quiero intervenir en una conversación en casa (A6) piensas:

B: Tengo miedo a decir algo que pueda enojar a mi papá

B: “Seguro digo algo torpe”

B: “Debo calmarme”

B: “No puedo equivocarme”

Debate:

T: ¿Qué es lo peor que podría pasar si fallas?

T: ¿Hay normas implantadas que digan como no equivocarnos?

T: ¿Qué probabilidad tienes de que al comunicarte con tu papá digas algo y falles?

C: (baja la mirada) parezco tonta pensando así.

T: Bien veo que con mucha frecuencia te condenas por cometer algunos errores o por evitar fallar. (Autocondena).

El equivocarnos no nos define como persona, al contrario, nos dice que tan humanos somos para poder poder manejar situaciones.

C: Es cierto

Bien te dejaré esta pequeña tarea:

Vas hacer el intento por tratar de comunicarte con tu papá, y me dirás cómo te sentiste, y si esa emoción disminuyo, ¿bien?

C: Bien, lo intentaré

T: Ok, vamos a revisarlo juntas si permanece eso en tí aún

Procedimiento

- Técnica de uso de ensayo:

Se enseñó el relato de una paciente de 25 años con diagnóstico de depresión moderada, a la paciente con la finalidad de evidenciar el proceso de la paciente y analizar los cambios logrados en el proceso de la terapia, para que logré tener una visión más saludable de la terapia y condición que presenta.

- Técnica de Relajación de Jacobson.

Se realizó con la finalidad que la paciente logré mejorar el nivel de ansiedad donde se realizó paso a paso la técnica, donde se fue utilizando también la imaginación progresiva para lograr resultados más efectivos en la paciente.

- Diálogo con la paciente sobre la Valía: La valía y relación que tiene con las creencias irracionales originadas a través del tiempo.

SESIÓN 8.

Objetivos:

- Reafinanciar las creencias identificadas durante el proceso de intervención las cuales le generaban emociones y conductas disfuncionales
- Reforzar a la paciente por sus logros obtenidos en cada sesión
- Evaluar mediante el debate el impacto de las creencias irracionales en la actualidad
- Analizar los pros y contra que se tuvo durante el proceso de intervención

T: Hola, bien hemos revisado juntas durante todas las sesiones el impacto que tiene nuestros pensamientos en las emociones que en su mayoría nos hacen desarrollar conductas desadaptativas.

Durante todo el proceso ¿qué cambios notaste en tí?

Bueno, doctora no me había dado cuenta sobre lo mal que pensaba y sobre las cosas que sentía. Sé que no fue fácil el proceso, pero como ud me dijo, que la idea no era desaparecer lo que siento si no controlar lo que sentía.

Yo estoy intentado cambiar actitudes más con lo que ud me ha ayudado y he mejorado, ahora paso un poco más tiempo en familia, aunque con mi papá casi no hablo mucho, porque para trabajando o sale, y no para tanto en casa.

T: Que Bueno, ves que has dado un paso importante, ¿y no sólo en tu familia si no con tus amistades cierto?

Sí, ahora hablo poco con mis dos amigas, ese día la invité a una de ella a mi casa, y pude darme cuenta que hace mucho no sabia de ellas, ya que me había aislado de mis amigas.

Revisemos las creencias que anteriormente tenías y veamos ahora las nuevas formas de pensamientos para cambiar tu irracionalidad y mejorar tus emociones.

Tabla 17. Refinanciamiento de creencias irracionales para una filosofía más saludable.

A (SITUACIÓN)	B (PENSAMIENTO)	NUEVA FILOSOFÍA
Cuando mi papá grita o le habla fuerte a mi mamá sin ninguna razón hasta insultarla (A1)	<p>B: Debo cuidar de ella</p> <p>B: Debo hacer de todo para que ella este feliz y se sienta tranquila.</p> <p>B: Porque sufre siempre</p> <p>B: Es un idiota por lastimarla</p> <p>B: Debería tratarla bien</p> <p>B: Porque sigue con él si la lastima y le hace daño</p>	<p>No puedo hacerme cargo de la felicidad de todos, pero si de la mía.</p> <p>Entiendo que haga cosas que no están bien pero no puedo juzgarlo, aveces nos equivocamos.</p>
Cuando veo llorar a mi mamá después de discutir con mi papa (A2)	<p>B: Porque no hice algo más por ella</p> <p>B: Porque no pude sacarla de aquí cuando pude hacerlo.</p> <p>B: Si ya no estuviera aquí, quizá todo mejoré</p> <p>B: Quisiera irme de aquí, pero no la dejaría sola.</p> <p>B: Nunca seré feliz</p> <p>B: Siempre es lo mismo, siempre seran así las cosas</p>	<p>Las cosas que pase, no me definen como persona, no soy responsable de las acciones que tuvieron mis padres en un pasado.</p> <p>Puedo ser feliz, controlando mi forma de pensar.</p> <p>Estoy tomando acciones por mi bienestar y eso es un paso importante para generar un cambio positive en mi vida.</p>
Cuando estoy sola en mi habitación y recuerdo mi niñez (A3)	<p>B: No soporto más vivir así</p> <p>B: El tiene la culpa de lo que siento ahora.</p>	<p>Hay algunas cosas que me molestan, pero puedo controlarlas.</p> <p>Las personas no son responsables de mis emociones, soy la única que puede controlarlas.</p>

Interpretación: Se identifica que la paciente logró una nueva filosofía de vida.

4. CONCLUSIONES

- En cuanto a las conclusiones se demostró que la Terapia Racional Emotiva Conductual ayudó a mejorar el proceso de la paciente, ya que al culminar las 8 sesiones se logró disminuir las emociones disfuncionales que eran originadas por las creencias irracionales, las cuales se desarrollaron a lo largo de su vida por factores psicosociales, en este caso por su dinámica familiar hostil, que llegó a causar en ella un trastorno del estado de ánimo.
- Durante la experiencia profesional, las actividades que se realizaron en el área asistencial se detallan a continuación:
 - ✓ Los pacientes atendidos en el servicio de psicología fueron un total de 23 pacientes, siendo el 30.43% de niños, 13.04% adolescentes, 34.80% adultos y 21.73% adultos mayores.
 - ✓ Se aplicaron diferentes evaluaciones psicológicas en el servicio de psicología siendo el Test de Depresión de Beck 14.16% de mayor aplicación.
 - ✓ Se realizaron un total de 103 Tamizajes de Salud Mental, donde el porcentaje mayor fue 31.07% siendo éste el tamizaje de violencia familiar de adultos.
 - ✓ Se diagnosticó en el servicio de psicología a un 19.50 % de pacientes con trastorno de depresión severo o grave, a un 14.63% con depresión moderada y a un 17.07 % pacientes con problemas relacionados con el soporte emocional.
 - ✓ Se realizaron un total de 16 constancias psicológicas, donde el 31.25% eran solicitados para beneficio propio, 25% solicitados para ámbito laboral y 43.75% para el ámbito educativo.

- ✓ Se realizaron 16 visitas domiciliarias, 50% relacionadas en casos de depresión grave, 25% relacionados a casos de violencia familiar, 12.5% relacionados a casos de esquizofrenia y 6.25% relacionados a trastornos alimenticios y fobia social.
- ✓ Se elaboraron 58 charlas psicoeducativas, donde se puso énfasis en temas de mayor impacto en las atenciones psicológicas, realizándose 12 charlas de violencia familiar, 10 charlas de depresión y 10 charlas ansiedad.

RECOMENDACIONES

Al servicio de psicología:

- Potencializar la psicoeducación en la población ya que se detectó que muy poca población tiene educación los problemas mentales, cómo por ejm: en identificar los problemas mentales, en tener recursos saludables para afrontarlos.
- Modificar las creencias irracionales en los pacientes, que tienen la idea que sólo acuden al servicio de psicología lo que tienen “locura”.
- Reforzar los procesos terapéuticos para evidenciar resultados más favorables en el paciente.
- Comprometer con sus valores y reforzar al paciente en la etapa de cambio.
- Desarrollar mayores competencias terapéuticas para fortalecer el proceso de alianza con el paciente.
- Brindar técnicas a corto plazo que faciliten el proceso de cambio del paciente.
- Psico educar al paciente en su diagnóstico sin etiquetar su condición.

Al Hospital:

- Implementar material de evaluación en el servicio de psicología.
- Capacitar al personal de Salud sobre la identificación de problemas de salud mental en los pacientes que acuden a los diferentes servicios de atención.
- Priorizar las atenciones psicológicas

A la paciente:

- Refinanciar su construcción de creencias.
- Poner en prácticas las técnicas que se le brindaron durante el proceso de intervención
- Acudir al servicio de psicología en caso presente alguna recaída.
- Buscar una red de apoyo para fortalecer su soporte emocional.
- Reforzar la nueva filosofía de vida del paciente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM – 5. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5ta. Edición. Editorial médica Panamericana.
- Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. México: Editorial Pax.
- Bellón J., Moreno, B., Torres, F., et al. (2008). Predicción de la aparición y persistencia de episodios depresivos en la atención primaria de salud. El estudio predictD-Spain: metodología. *Salud Pública de BMC*; 8(1): 256
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2008) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Manual de técnicas*. 1a ed. Buenos aires, Argentina: Librería Akadia editorial.
- Cereceda, R. (2019). *Ideas irracionales en estudiantes de educación secundaria de Tercero, Cuarto y Quinto de un Colegio Público del Departamento del Cusco – 2018*. (Tesis de grado) Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- Ellis A. (1991). General semantics and rational-emotive therapy: 1991 Alfred Korzybski Memorial Lecture». Institute of General Semantics.
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Ellis, A. y Harper, R. (1975). *Una nueva guía para una vida racional*. N. Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Fernández, Y. (2012). *Psicología clínica y psicoterapias. Como orientarse en la jungla clínica*. España. Universidad Almería. Pp. 64- 63.

- García, S. (2014). *Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad Nacional*. (Tesis de Maestría) Universidad San Martín de Porras, Lima – Perú.
- Gerril, J. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. (17ava. ed.). Pearson Educación. Traducción por Dávila, J. p. 526.
- Gonzáles, R. y Gonzales, D. (2016). *Abre tu conciencia*. Recuperada de: <https://www.casadellibro.com/libro-abre-tu-consciencia/9788433028280/293301>
- Hernández, N. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros red. Pp. 29-33.
- Mainieri, R. (2012). *El Modelo de la Terapia Cognitivo Conductual*. Panamá: Sepas Editorial
- Meneses, N. (2017). *Las creencias irracionales en los docentes de la institución educativa Jack Goldfarb, Comas, 2017*. (Tesis de segunda especialidad). Universidad César Vallejo, Sede Lima.
- Minsa (2018). *Minsa implementa ocho nuevos Módulos de Atención para niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia*. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/24129-minsa-implementa-ocho-nuevos-modulos-de-atencion-para-ninas-ninos-y-adolescentes-victimas-de-violencia>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor

Rivas, M. (2016). *Relación entre clima social familiar y creencias irracionales en estudiantes del 5to grado de nivel secundaria de la I.E Enrique López Albujar. Piura 2015.* (Tesis de grado) Universidad Católica Los Angeles de Chimbote, Piura, Perú.

Rosal, R. (2014). *Creencias irracionales en personas con relación de pareja (Estudio realizado en la parroquia de Nuestra Señora de la Merced de Quetzaltenango).* (Tesis de grado) Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.

Sadock, B. y Sadock, V. (2002). Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock: *Ciencias del Comportamiento/Psiquiatría Clínica* (en inglés) (9ª edición). Lippincott Williams y Wilkins.



ANEXOS

DIA DE LA SALUD MENTAL: 10 OCTUBRE- ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN CLEMENTE

Lunes 02 de octubre:

Anexo 1. Difusión Radial



Martes 03 de octubre:

Anexo 2. Sesiones Educativas, Esquizofrenia y Tipos de Esquizofrenia



Anexo 3. Miércoles 04 de octubre
Sesión Educativa: Terapia de Relajación Anti estrés



Anexo 4. jueves 05 de octubre:
Sesiones Educativas acerca de Afrontamiento de la Depresión desde un Enfoque
Gestáltico



Anexo 5. viernes 06 de octubre:

Campeonato Deportivo de vóley Mixto dirigido a los trabajadores del Centros de Salud



Lunes 09 de octubre:

Anexo 6: PASACALLES DE DIA DE LA SALUD MENTAL – SAN CLEMENTE



1964



Anexo 7. Apoyo a los Agentes Comunitarios



Anexo 8. Apoyo del Adulto Mayor, Municipalidad y Establecimiento de Salud San Clemente

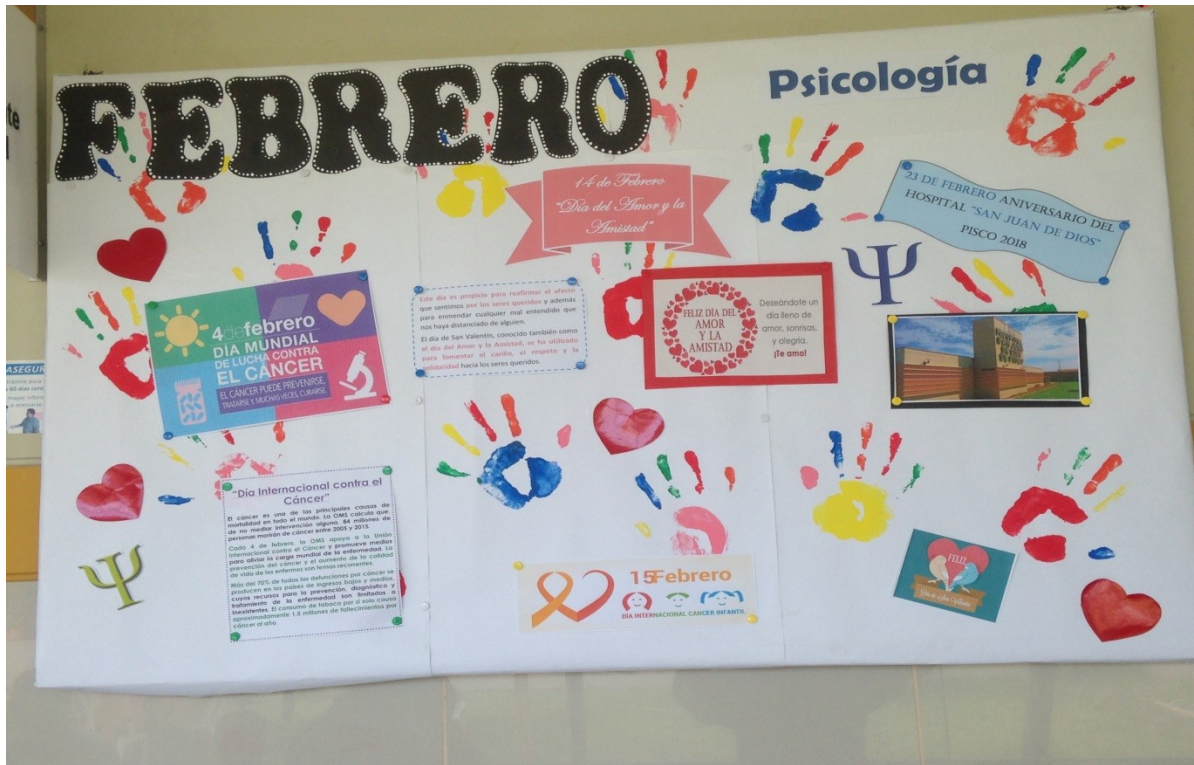


Martes 10 de octubre:
Anexo 9. Día Central de Salud Mental 10 De octubre .



1° Lugar Centro de Salud San Clemente

Anexo 10. PERIÓDICO MURAL- MES DE FEBRERO



Anexo 11. DETALLE DE UNA PACIENTE



Anexo 12. martes 13 de febrero
Se participó en la Campaña de Salud “Día del Condón”,

DÍA DEL CONDÓN 13 DE FEBRERO



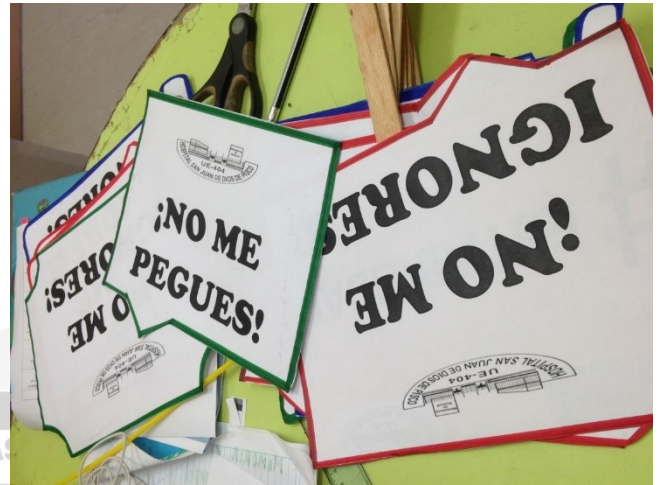
Anexo 13. “Baile Integrativo”, dirigido a los colaboradores de la Estrategia de Salud.



Anexo 14. 22 de febrero Celebración del Aniversario del Hospital número 88



Anexo 15. PROYECCIÓN SOBRE VIOLENCIA INFANTIL



Anexo 16. GRUPO DE RISOTERAPIA



Anexo 17. Presentaciones artísticas de las diferentes Estrategias



Anexo 18. Día 23 de febrero se realizó el Día Central Del Aniversario



Anexo 19. Día 06,07 y 08 de diciembre
Programa de Familia Fuertes

Presentación General de cada familia, padres e hijos



Anexo 20. Trabajo Familias Fuertes Orientados a Adolescentes- exposición



Anexo 21. Proyección de Videos dirigidos a padres e hijos- Análisis y Debate



Anexo 22. Exposición entre padres e hijos



Anexo 23. Debate acerca de las diferentes problemáticas que aquejan a los adolescentes



Anexo 24. Cierre del Programa Familias Fuertes- Adolescentes y Padres



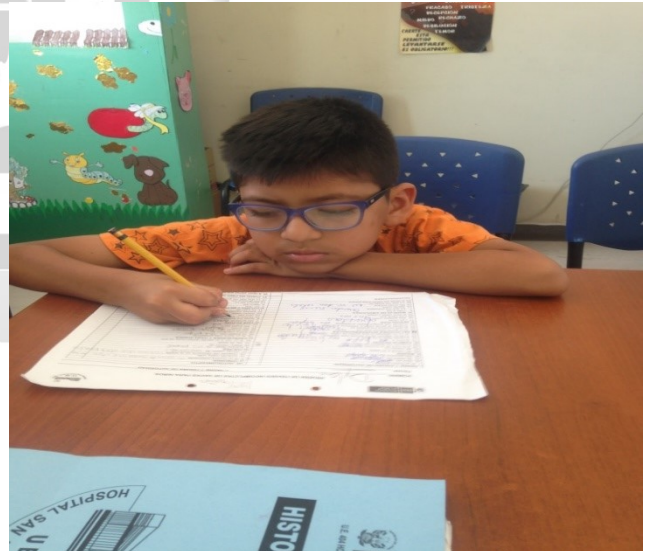
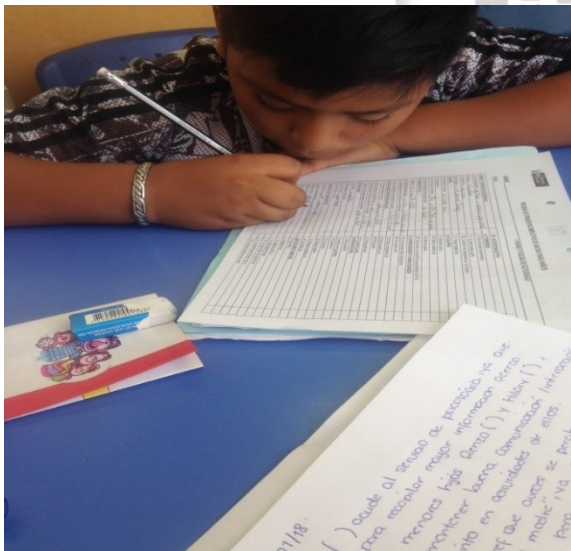
Anexo 25. Incentivos que se les entregó a los padres e hijos



Anexo 26. VISITAS DOMICILIARIAS CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO



Anexo 27. EVALUACIONES PSICOLOGICAS A NIÑOS



Anexo 28. EVALUACIONES PSICOLÓGICAS REALIZADAS





INCA GARCILASO



Anexo 29. HOSPITALIZACIÓN ÁREA DE MEDICINA

ATENCIÓN A LAS PUÉRPUERAS



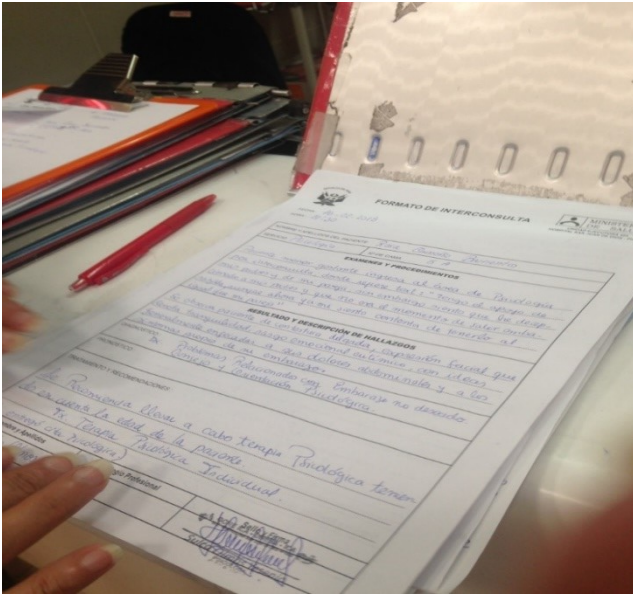
CASOS DE INTENTOS DE SUICIDIOS



Anexo 30. VISITAS DOMICILIARIAS- VIOLENCIA FAMILIAR SISTEMÁTICA



Anexo 31. INTERCONSULTAS Y LLENADO DE CUADERNO DE ATENCIONES



MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud											
FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	TIPO DE ATENCIÓN	DIAGNÓSTICO	PROCESO	ACTIVIDADES DE ATENCIÓN	OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD	OTROS DATOS	OTROS DATOS	OTROS DATOS
21/11/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	20	Control y Orientación	N	10			
18/10/14	Maricelo										
19/11/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	21	Control y Orientación	N	10			
25/11/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	22	Control y Orientación	N	10			
29/11/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	23	Control y Orientación	N	10			
01/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	24	Control y Orientación	N	10			
05/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	25	Control y Orientación	N	10			
08/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	26	Control y Orientación	N	10			
11/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	27	Control y Orientación	N	10			
14/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	28	Control y Orientación	N	10			
17/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	29	Control y Orientación	N	10			
20/12/14	Alfonso P. J.	45	M	74209372	30	Control y Orientación	N	10			

Anexo 32. CHARLAS PSIECOEDUCATIVAS



Anexo 33. VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES CON DEPRESIÓN



Anexo 34. VISITA DOMICILIARIA CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO



Anexo 35. TALLER DE HABILIDADES SOCIALES EN LA I.E DE SAN CLEMENTE



Anexo 36. ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS



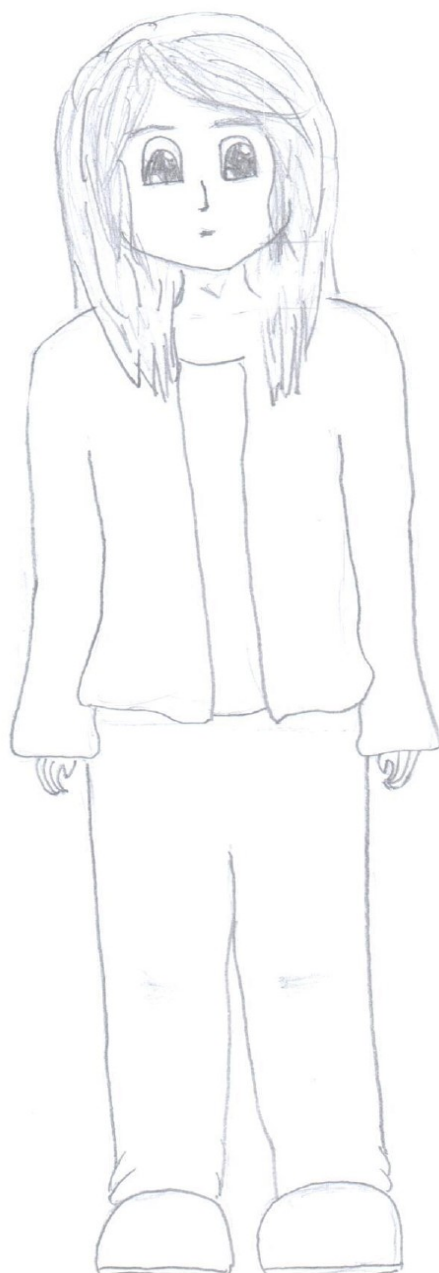
Anexo 37. ÚLTIMAS EVALUACIONES PSICOLOGICAS



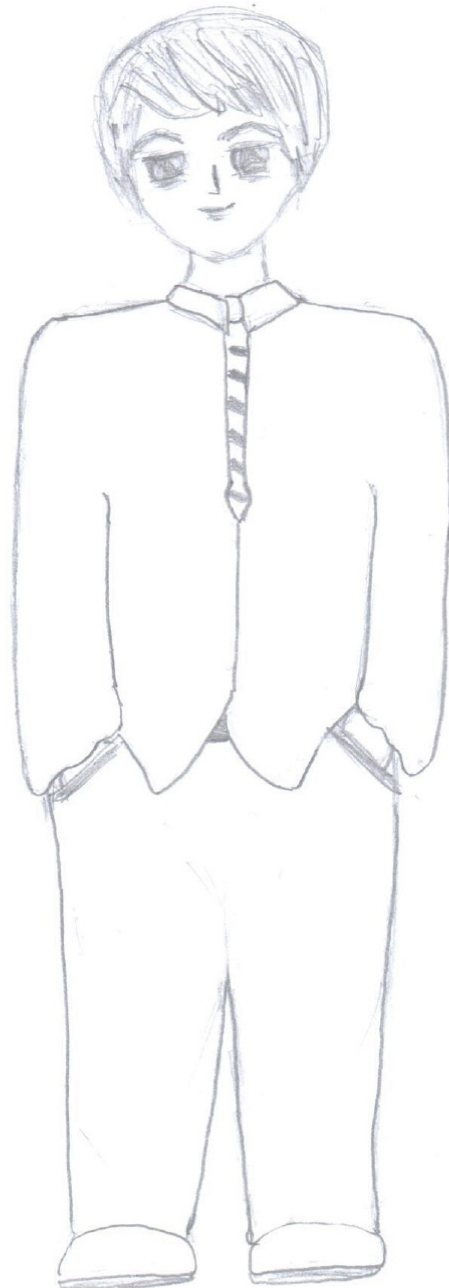
Anexo 38. Test del Hombre Bajo la Lluvia (Silvia y María)



Anexo 39. Test de la figura humana de Karen Machover 1° dibujo



Anexo 40. Test de la figura Humana de Karen Machover 2° dibujo



Anexo 41. Inventario Clínico Multiaxial Millon MCMI-II

HOJA DE RESPUESTA MILLON

NOMBRE: MCG EDAD: 18
 GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundario completo FECHA: —

Marque con un aspa la respuesta (V= verdadero; F= falso)
 que mejor le describa a usted y a su manera de ser

1	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	26	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	51	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	76	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	101	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	126	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	151	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
2	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	27	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	52	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	77	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	102	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	127	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	152	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
3	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	28	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	53	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	78	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	103	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	128	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	153	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
4	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	29	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	54	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	79	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	104	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	129	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	154	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
5	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	30	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	55	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	80	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	105	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	130	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	155	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
6	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	31	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	56	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	81	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	106	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	131	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	156	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
7	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	32	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	57	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	82	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	107	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	132	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	157	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
8	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	33	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	58	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	83	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	108	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	133	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	158	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
9	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	34	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	59	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	84	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	109	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	134	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	159	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
10	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	35	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	60	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	85	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	110	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	135	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	160	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
11	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	36	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	61	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	86	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	111	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	136	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	161	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
12	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	37	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	62	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	87	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	112	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	137	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	162	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
13	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	38	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	63	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	88	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	113	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	138	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	163	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
14	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	39	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	64	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	89	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	114	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	139	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	164	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
15	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	40	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	65	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	90	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	115	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	140	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	165	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
16	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	41	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	66	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	91	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	116	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	141	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	166	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
17	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	42	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	67	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	92	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	117	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	142	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	167	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
18	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	43	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	68	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	93	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	118	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	143	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	168	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
19	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	44	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	69	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	94	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	119	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	144	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	169	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
20	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	45	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	70	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	95	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	120	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	145	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	170	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
21	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	46	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	71	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	96	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	121	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	146	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	171	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
22	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	47	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	72	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	97	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	122	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	147	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	172	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
23	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	48	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	73	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	98	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	123	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	148	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	173	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
24	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	49	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	74	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	99	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	124	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	149	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	174	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
25	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	50	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	75	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	100	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	125	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	150	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	175	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F

NOMBRE
Tiempo de enfermedad

MCG
Edad: 18 años

V	Validez	Ptje Tot	
X	Sinceridad		55
Y	Deseabilidad Social		45
Z	Autodescalificación		87
Patrones clínicos de personalidad			
1	Esquizoide		66
2	Evitativo		53
3	Dependiente		10
4	Histriónico		64
5	Narcisista		66
6A	Antisocial		66
6B	Agresivo-sádico		73
7	Compulsivo		64
8A	Pasivo-agresivo		80
8B	Autoderrotista		71
Patología severa de personalidad			
S	Esquizotípico		47
C	Borderline		79
P	Paranoide		62
Síndromes clínicos			
A	Ansiedad		87
H	Somatoformo		62
N	Bipolar		60
D	Distimia		106
B	Dependencia de alcohol		60
T	Dependencia de drogas		55
Síndromes severos			
SS	Desorden del pensamiento		60
CC	Depresión mayor		88
PP	Desorden delusional		40



MCGI-II
Millon Clinical
Multiaxial Inventory - II

MILLON II. REVISION 2008
Fecha: 27/01/2021

HOJA DE RESULTADOS

Edad: 18 años

Escala de Validez		PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	= Valido
X	Sinceridad	335	= Valido
Y	Deseabilidad Social	10	=
Z	Autodescalificación	29	=

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE BRUTO BR	FACTORES				AJUSTES			PUNTAJE FINAL	Código
		X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.		
1	20	66	66						66	1
2	12	53	53	53					53	2
3	19	10	10						10	3
4	26	64	64						64	4
5	29	66	66						66	5
6A	27	66	66						66	6A
6B	32	73	73						73	6B
7	37	64	64						64	7
8A	38	80	80						80	8A
8B	20	71	71	71					71	8B

Patología severa de personalidad		PUNTAJE FINAL	
S	Esquizotípico	16	51
C	Borderline	54	83
P	Paranoide	18	62

Síndromes clínicos		PUNTAJE FINAL	
A	Ansiedad	28	91
H	Somatoformo	26	66
N	Bipolar	23	60
D	Distimia	56	110
B	Dependencia de alcohol	27	60
T	Dependencia de drogas	22	55

Síndromes severos		PUNTAJE FINAL	
SS	Desorden del pensamiento	12	60
CC	Depresión mayor	44	88
PP	Desorden delusional	6	40

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Creado por Inés Kudó Tovar
Lima, 1999

Anexo 42. Frases Incompletas de Sacks.

I. PADRE Y FIGURA DE AUTORIDAD		36. Cuando veo venir a mi jefe <i>lo saludo</i>	0
1. Siento que mis padres raras vez <i>se preocupan por mí</i>	2	51. La gente que yo creo son mis superiores <i>maestros / padres</i>	7
16. Si mi padre solamente fuera <i>más padre y proveedor</i>	2	4. Si estuviera encargado	0
31. Deseo que mi padre <i> cambie</i>	2	19. Si la gente trabaja bajo mis órdenes <i>los respetaría</i>	0
46. Pienso que mi padre es <i>malhumorado</i>	2	34. La gente que trabaja bajo mis órdenes <i>son parientes</i>	0
II. MADRE		48. Al dar órdenes a otros	0
14. Mi madre <i>es comprensiva</i>	0	VII. AUTOCONCEPTO	
29. Mi madre y yo <i>nos llevamos bien</i>	0	a) TEMORES	
44. Pienso que la mayoría de las madres <i>son sobreprotectoras</i>	0	7. Se es una tontería, pero tengo miedo de <i>que me engañen</i>	2
59. Me gusta mi madre, pero <i>cuando es inevitable</i>	2	22. La mayoría de mis amigos no saben que yo le temo <i>a mi padre</i>	8
III. FAMILIA		37. Me gustaría perder el miedo a <i>a mi padre</i>	2
12. Comparada con los demás de las familias, la mía <i>no hay comunicación</i>	2	52. A veces mis temores me impulsan a <i>cometer errores</i>	2
27. Mi familia me trata como <i>uno más</i>	2	b) CULPAS	
42. La mayoría de las familia que conozco <i>son unidas</i>	7	15. Daría cualquier cosa por olvidar <i>cuando era niño</i>	2
57. Cuando era niño mi familia <i>tenía problemas</i>	2	30. Mi peor equivocación fue <i>no defender a mi madre</i>	2
IV. RELACIONES INTERPERSONALES		45. Cuando era pequeño (a) me sentía culpable de <i>la separación</i>	2
9. Siento que un verdadero amigo <i>te escucha y no le gusta</i>	2	60. La peor cosa que he hecho en la vida <i>es no ser valiente</i>	2
23. No me gusta la gente que <i>oponente</i>	1	c) CAPACIDADES	
38. La gente que más me gusta <i>es la sincera y leal</i>	2	2. Cuando la suerte esta en mi contra <i>hago de todo para salir adelante</i>	2
53. Cuando no estoy presente, mis amigos <i>son normales</i>	0	17. Creo que tengo habilidad <i>para bailar</i>	0
13. En el trabajo me llevo bien con <i>mis compañeros</i>	0	32. Mi mayor debilidad <i>es mi temor a fallar</i>	2
28. Las personas con las que trabajo son <i>igual que yo</i>	0	47. Cuando las circunstancias me son adversas <i>se salir adelante</i>	2
43. Me gustaría trabajar con personas que <i>inteligentes</i>	0	d) INFANCIA	
58. La gente que trabaja conmigo, generalmente <i>me enseñan cosas</i>	0	8. Cuando era niño (a) <i>sufri mucho</i>	2
V. RELACIONES HETEROSEXUALES		24. Antes, cuando era más joven <i>me sentía inseguro</i>	2
10. Mi idea de la mujer (hombre) perfecta <i>es que sean bonitas</i>	2	39. Si fuera niño (a) otra vez <i>hubiera cambiado mi punto de ser</i>	2
25. Pienso que la mayoría de los muchacho (as) <i>son mentirosos</i>	2	54. Mi experiencia infantil más vivida <i>no recuerdo</i>	0
40. Creo que la mayoría de las mujeres (hombres) <i>son bobos</i>	2	e) FUTURO Y METAS	
55. Lo menos que me gusta de las mujeres (hombres) <i>es sus miradas</i>	2	5. El futuro me parece <i>exitoso</i>	0
11. Cuando veo a una mujer y un hombre juntos <i>los miro normal</i>	0	20. Yo espero que <i>ser profesional y salir solo adelante</i>	0
26. Mi concepto del matrimonio es <i>fracaso</i>	2	35. Algún día yo <i>seré gran profesional</i>	0
41. Si yo tuviera relaciones sexuales <i>me cambiaría</i>	0	50. Cuando sea mayor de edad <i>me ire de mi casa</i>	0
56. Mi vida sexual <i>es nula</i>	0	3. Siempre he querido <i>irme de mi casa</i>	0
VI. AUTORIDAD		18. Sería completamente feliz <i>si mi familia fuera estable</i>	0
6. Las personas que son mis superiores <i>se deben de respetarlas</i>	2	33. Mi ambición secreta en la vida <i>es ser feliz con lo que tengo</i>	0
21. En la escuela, mis maestros <i>son lo autoritario</i>	2	49. Lo que más deseo en la vida <i>es ser exitosa</i>	0

