



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL  
EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA NÚM. 92 DEL IMSS.

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL.  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**ALMA DELIA GUERRA LÓPEZ**

DIRECTORA:

**MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO**

REVISORA:

**MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ.**

SINODAL:

**MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA AVILÉS**



CIUDAD DE MEXICO, OCTUBRE DE 2017.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Agradecimientos.*

### *A mi padres*

*Por haberme dado la vida y enseñarme valores que me llevaron a ser perseverante a alcanzar mis metas*

### *A mis lindas hijas Pamela y Fany*

*Por permitirme continuar con mis estudios y apoyarme en todo momento.*

### *A mi adorado esposo y compañero de vida por 30 años Edgar*

*Por estar conmigo en las buenas, en las malas, y en mis desvelos, en mis sueños y enfermedades siempre apoyándome.*

### *A mi pequeña nieta Paula*

*Que es una nueva inspiración en mi vida.*

### *A mis maestros*

*Por brindarme sus conocimientos, estar siempre conmigo durante mi carrera y hacer de mí una profesionista.*

### *A mis compañeras.*

*Por haber desarrollado juntas proyectos, investigaciones y apoyarnos mutuamente en nuestros estudios.*

## INDICE.

Resumen.....	5
Servicio social.....	6
Definición y objetivos del servicio social.....	13
Constitucionalidad del Servicio Social.....	14
Datos generales del programa del servicio social.....	17
Contexto de la institución y del programa.....	17
Misión y Visión del IMSS.....	18
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	20
Programas e intervenciones grupales.....	23
<i>Programa “YO PUEDO”</i> .....	23
Objetivos.....	24
Dinámicas educativas propuestas por el IMSS.....	24
Programa “JUVENIMSS”.....	30
Programa operativo de JUVENIMSS.....	30
Estrategias educativas de promoción a la salud JUVENIMSS.....	31
Programa “CHIQUITIMSS”.....	33
Intervenciones individuales.....	35
Actividades con población infantil.....	37
Soporte teórico metodológico.....	42
Terapia cognitivo conductual.....	42
Distintas Terapias Cognitivo-Conductuales.....	46
Descripción del Modelo Terapéutico, A-B-C. Albert Ellis.....	46
Esquema del Modelo ABC de la terapia racional emotiva- conductual .....	48
Profundizando en el modelo ABC de la TREC.....	49

Las 12 ideas irracionales de Albert Ellis.....	51
Procedimiento.....	52
Beck. Terapia Cognitiva.....	52
El Modelo Cognitivo de la Depresión.....	53
Triada Cognitiva.....	53
Los Esquemas.....	55
Errores, sesgos, o distorsiones cognitivas.....	57
Distorsiones Cognitivas.....	57
Esquema del modelo cognitivo.....	59
Creencias Centrales.....	59
Creencias Intermedias.....	60
Pensamientos Automáticos.....	60
Estructura formal de la Terapia Cognitiva.....	60
Jeffrey Young. Terapia Centrada en Esquemas.....	63
Conceptos básicos del modelo.....	64
Esquemas Desadaptativos Tempranos.....	65
Orígenes y clasificación de los esquemas.....	73
Estilos y respuestas de afrontamiento.....	74
Modos de los esquemas.....	75
El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas.....	78
Resultados obtenidos.....	84
Caso.....	84
Discusión.....	106
Conclusiones.....	113
Referencias.....	115

## **RESUMEN.**

En el presente informe de servicio social, se presentan las actividades realizadas durante mi estancia en el periodo del 17 de septiembre del 2015 al 17 de Marzo del 2016 en la Clínica Núm. 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de programas como “Yo puedo, JUVENIMMS, CHIQUITIMSS”, entre otras actividades más, como campañas para prevenir embarazos no planeados, mediante pláticas que se llevaron a cabo en instituciones educativas de nivel medio superior. Atendí de manera directa a pacientes que requerían del servicio de psicología, a través de consultas individuales, canalizadas por el personal médico de medicina familiar, dando terapia a pacientes, con distintos tipos de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión y sobre peso, y con diferentes Trastornos, como Trastorno de depresión, Trastorno de ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de déficit de atención, entre otros, logrando resultados positivos mediante el uso de la Terapia Conductivo Conductual, en virtud de que, del total de pacientes atendidos, más del 90% consiguieron modificar sus hábitos alimenticios, de sedentarismo, cambios de ideas irracionales por racionales, lo que les llevó, a mejorar su estado de salud deteriorado por padecer estas enfermedades, a un estadio de mejor calidad de salud y vida. Es importante mencionar, que en este informe se presenta un caso práctico de la aplicación de la Terapia Conductivo Conductual, así como el resultado que se obtuvo.

Palabras clave: Servicio Social, Instituto Mexicano del Seguro Social, Terapia Conductivo Conductual.

## **SERVICIO SOCIAL.**

### **Antecedentes del Servicio Social en México.**

En México el servicio social surgió en los años 30 como una respuesta de las instituciones de educación superior a la necesidad de reconstruir el país surgido de la Revolución Mexicana, asumiendo la responsabilidad de unir esfuerzos con el fin de hacer realidad el reclamo de justicia social emanado del proceso revolucionario. La idea de que los egresados de las universidades prestaran servicios profesionales en favor de las comunidades marginadas fue iniciativa de los propios universitarios.

Los antecedentes se encuentran incluso desde la época prehispánica con el capulli; la organización socioeconómica de los aztecas; en la que toda la comunidad participaba desempeñando trabajo comunitario, lo que daba lugar a relaciones en las que existía la cooperación y la solidaridad (Mungaray, 1999).

Otro antecedente importante del Servicio Social en México, se ubica en el siglo XVI en la “legislación de las Indias” la cual abordaba el tema: la “ayuda asistencial a la comunidad”. En este mismo periodo se fundan escuelas y hospitales por parte de Fray Bartolomé de las Casas y Vasco de Quiroga, quien los visualizaba como una misma institución que buscaba el beneficio de los aborígenes, mediante el otorgamiento de becas a los alumnos y prestación de servicios a la comunidad. De esa forma, Vasco de Quiroga muestra su interés en el hecho de que la educación estuviera ligada con las necesidades sociales de la comunidad (Bertín 2000).

Durante el Siglo XVIII el Servicio Social está presente a través de los jesuitas y con un carácter fundamentalmente nacionalista. Es también durante este siglo que se funda la Real Universidad Pontificia, la cual propone que los aborígenes, criollos y mestizos puedan ejercer sus actividades culturales y espirituales (Molina, 1979).

La fundación de la Escuela Nacional de Agricultura en 1854 y el decreto mediante el cual Benito Juárez obliga a las compañías ferrocarrileras a recibir estudiantes de ingeniería para que realizaran sus prácticas profesionales. (Ruiz, Salvo, Mungaray, 1995).

El siglo XIX está marcado por la guerra de independencia, con la que se buscaba la unificación de la población y la creación de una nación que se fundamentara en la ideología liberal, con la asimilación del liberalismo, en el trabajo se conceptualiza como un derecho, lo que se opone a la ejecución de labores no remuneradas en beneficio de terceras personas. Esta es la razón por la que la noción de servicio se rechaza por los intelectuales y dirigentes del país. A finales de este siglo con la apertura de la universidad, se hace hincapié en vinculación del quehacer universitario de las clases sociales.

Ahora bien, en el siglo XX es cuando se empezó a hablar o dar a conocer más del Servicio Social, es decir, después de la revolución es a partir de donde se obtiene un fuerte impulso ideológico que le permitió irse consolidando aún con los obstáculos, hasta llegar en lo que es la actualidad.

Durante el Porfiriato, Justo Sierra juega uno de los papeles más importantes como promotor de la reforma integral de educación (Bertín, 2000); así como también fue relevante su participación en el desarrollo de un nuevo concepto de educación superior que da origen a la “Universidad Nacional”, esto repercute en la evolución del Servicio Social, pues expresa abiertamente que los jóvenes no deben estar al margen de las necesidades y problemas de la sociedad; con esto surge uno de los principios básicos de la Universidad que es la extensión de la enseñanza superior y la investigación a la sociedad, con el fin de contribuir al desarrollo nacional (Ruiz, et. Al. 1995).

Al finalizar el movimiento armado de la revolución, se origina en México un proceso de constantes reformas en los diferentes ámbitos de la vida nacional, entre estos destaca la conformación del Estado Mexicano y las modificaciones dentro del sistema educativo, que considera al sector estudiantil como el principal agente de transformación en México. El campo universitario no quedó exento de tan vertiginoso movimiento reflejándose la innovación dentro de este sector en las características educativas y el tipo de profesionistas que debían egresar (Rodríguez, 1997).



Con estos precedentes, el Servicio Social adquiere una mayor importancia con lo que su constitucionalidad queda plasmada en los artículos 4° y 5° de la constitución de 1917 bajo el principio del deber de los universitarios de ser útiles a la patria (Bertín, 2000). En este mismo año los estudiantes comienzan a participar en campañas de educación y salud, en programas de alfabetización o enfrentando las carencias que dejó el levantamiento armado (Romualdo 1986).

Después de la huelga de 1929 mediante la cual se logró obtener la autonomía universitaria, otorgada por Emilio Portes Gil; los Vasconcelistas propugnan la institucionalización del Servicio Social, proponiendo su carácter obligatorio, con el objetivo de concientizar a los egresados universitarios y avanzar en el desarrollo nacional (Rodríguez, 1997). Alfonso Caso, entonces director de la Escuela Nacional Preparatoria, visualiza al Servicio Social como un medio para que los profesionistas a través de la acción social devolvieran el beneficio que obtiene al recibir una educación sostenida por el dinero del pueblo (Mungaray, 1999). Sin embargo en esos momentos el compromiso era incipiente y en parte desorganizado, además carecía de objetivos claros y obligatoriedad (Rodríguez, 1997).

El mismo día que el Presidente Abelardo L. Rodríguez publicó en el Diario Oficial la Ley Orgánica de la Universidad Autónoma de México, se eligió como Rector al Lic. Manuel Gómez Morín (1933-1934). El Rector Gómez Morín además de defender la libertad de cátedra, luchó por sacar a la Universidad de la situación económica que la ahogaba. El seis de marzo de 1934 “El Universal” daba la noticia que la Rectoría de la Universidad enviaría al Congreso de Profesionistas, reunido en la Cd. De México, la iniciativa de establecer el servicio social. Este es el momento en que se logra constituir el Servicio Social en algunas instituciones, quedando pendiente el aspecto legal, puesto que al parecer de algunos abogados contradecía lo establecido en el artículo 5° Constitucional, que señalaba el papel del Estado en materia educativa por lo que acordaron buscar legislar y/o reformarlo para poder implementar el Servicio Social, razón por la que se considera comienza a tomar personalidad jurídica, normatividad y vigencia. Es prudente mencionar que esto es parte del régimen de Lázaro Cárdenas como presidente de la República Mexicana.

En 1935, Gustavo Baz director de la Escuela Nacional de la UNAM expone al rector, el proyecto de Servicio Social para los pasantes de medicina en las comunidades rurales con carencia de servicios de salud, esta propuesta fue presentada al entonces Presidente de la República, Lázaro Cárdenas quien la autorizó, dando instrucciones para que el Departamento de Salubridad –Hoy Secretaría de Salud– apoyara con los recursos necesarios. Éste fue el primer convenio firmado por el sector público y una institución pública, en el cual quedó estipulado que la UNAM establecería el Servicio Médico Social como un requisito académico necesario para obtener el título de Médico Cirujano (Mendoza, 1992).

Dentro de los postulados de este acuerdo destacan el de contribuir a distribuir a los médicos en el territorio nacional de una forma más conveniente y proporcionar servicios médicos terapéuticos. En aquel entonces se estableció que la duración sería de 5 meses. Permaneciendo como exclusivo el área de la salud hasta la década de los 40 (Molina, 1979).

La expropiación petrolera fue un evento importante, ya que durante este año se inicia el Servicio Social en la Escuela de Ciencia Químicas con el objetivo de apoyar a la industria petrolera. Este periodo marca un nuevo cambio en la educación que sin duda repercutió en el desarrollo del Servicio Social universitario (Mungaray 1999).

El rector Alfonso Caso en 1945 incluye al Servicio Social por su proyecto de Ley Orgánica de la Universidad, pues consideraba que su práctica era caótica y llegaba a ser nula; lo que desde su punto de vista se debía a la carencia de obligatoriedad y uniformidad en los criterios. El hecho de que la presentación del Servicio Social, era caótica es una de las razones por las que en este mismo año se promulga la Ley de Profesionistas, en la que se estipula que para la obtención de un título universitario es necesario realizar el Servicio Social (Universidad Autónoma de Baja California, 1993).

Fue en 1952 cuando por decreto presidencial se estableció que el Servicio Social se debería prestar por todos los estudiantes, independientemente de la profesión; también se reguló que el periodo debía ser de 6 meses a 2 años (Bertín, 2000).

En el año de 1954 la UNAM, organizó brigadas integradas por estudiantes de diversas disciplinas que realizaban su Servicio Social durante los periodos vacacionales conocidas como “misiones universitarias”, a las que se unió el Instituto Politécnico Nacional (IPN) dos años más tarde. Es entonces cuando aumentó el trabajo comunitario por parte de todos los universitarios de diversas Instituciones de Educación Superior (Rodríguez, 1997).

La Primer mesa redonda Nacional sobre el Servicio Social, la organizó el IPN en 1967 donde además de exponer las experiencias e inquietudes, se revisaron las bases jurídico-administrativas del Servicio Social, surgiendo dos posturas al respecto; la primera se inclinaba por la administración y centralización por las Secretarías de Estado mientras la segunda proponía que fueran las universidades. En esta reunión se aprobó la creación de un organismo que coordinara el Servicio Social de los estudiantes con el objetivo de que mantuviera la participación, el establecimiento y fomento de estrechas relaciones con los programas de gobierno (Bertín 2000).

Durante su Sexenio, Luis Echeverría crea el Instituto Nacional para el Desarrollo de la Comunidad (INDECO) y como parte de este el Programa para el Desarrollo del Servicio Social (PRODESSO). Una de las primeras actividades de éstos fue la realización de un censo para conocer el potencial de estudiantes susceptibles de realizar su Servicio Social (IES) con un total de 32,627 estudiantes de los cuales 30,655 eran de nivel licenciatura y 2,007 de nivel técnico; el 67% ya había cumplido con su Servicio Social o lo estaba realizando. Esta fue la pauta para que en 1970 el rector de la UNAM, el Dr. Pablo González Casanova constituyera el departamento de Servicio Social de pasantes, el cual tenía la finalidad de promover, organizar y asesorar los programas de Servicio Social en forma multidisciplinaria, dirigidas al desarrollo de la comunidad nacional. Este esfuerzo fue realizado en varias Instituciones de Educación Superior de manera simultánea (Mendoza, 1992).

En mayo de 1973, surge la Comisión Coordinadora de Servicio Social (CCSS) la cual en realidad se separa de la DGOSE mientras fungía como rector el Dr.

Guillermo Soberón; cuyos objetivos de manera resumida eran los siguientes (Molina, 1979).

- a) Vincular a los universitarios con la problemática socioeconómica del país.
- b) Completar la formación académica a través de la práctica de la profesión.
- c) Colaborar con la capacidad técnica y académica de los universitarios en la solución de las necesidades urgentes de los diversos grupos humanos.

En 1979 se creó la Comisión Coordinadora de Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior (COSSIES) cuya finalidad era vincular los proyectos de gobierno al bienestar de la sociedad; además de que queda a cargo de realizar el primer reglamento de Servicio Social que se convirtió en la base para otros reglamentos a nivel nacional, también crea el primer banco de datos del Servicio Social; la UNAM la convierte en la Dirección General del Servicio Social Integral (DGSSI) (Rodríguez, 1997).

La promoción y difusión del Servicio Social se realizó mediante programas televisivos, la edición de cuadernos con un contenido histórico, académico y operativo de éste, y se imprimieron carteles de promoción alusivos a los conceptos y programas del Servicio Social (Rodríguez, 1997).

Para 1983 la PRONASS (Programa Nacional del Servicio Social) reemplaza a la COSIESS debido a la falta de planeación en las metas y objetivos; no obstante esto no varió sustancialmente su organización. Sus funciones son absorbidas por la DESSAE (Dirección de Apoyo al Servicio Social y Análisis del Empleo) que para 1989 se convierte en la DASS (dirección de Apoyo al Servicio Social). Este conjunto de ajustes y las propias acciones del Servicio Social se vinculan con la Ley General de Planeación del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y con el Programa Nacional de Solidaridad. Dentro de este programa se contemplaba (Rodríguez 1997):

- a) Contribuir a la formación de profesionistas y técnicos a aportar una experiencia valiosa que enriquezca el contenido de los planes y programas de estudio.

b) Lograr la participación organizada de los estudiantes en la solución de los problemas de la comunidad a través de programas específicos de acción fortaleciendo en ellos su conciencia de responsabilidad y solidaridad para con el pueblo.

En 1987, durante el V Congreso Nacional de Servicio Social cuya sede fue Zacatecas se planeó la formalización institucional de la Organización “Interuniversitaria del Servicio Social”.

Posteriormente, ante la desaparición de la Secretaría de Programación y Presupuestos (SPP) la DASS se integra a la Dirección General de Planeación de la Subsecretaría de Desarrollo Regional de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) con lo que se hace evidente que la DASS se incorpore a la estructura de la organización pública como medio para servir a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y a los Programas de Gobierno.

Fue hasta 1999 que se estableció la Comisión Nacional de Servicio Social la cual tiene como finalidad el desarrollo de acciones conjuntas con la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Desarrollo Social, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior y la Fundación Ford.

En los últimos años el comportamiento de los datos ha sido muy variante, ya que mientras la demanda de prestadores de servicio social se ha incrementado, los programas se han ido reduciendo; de tal forma que en el año 2000 se requería de un total de 72, 707 prestadores de Servicio Social mientras que para el 2011 la cantidad fue de 109, 825 durante 2012 los prestadores de Servicio Social Fueron 24, 579 alumnos; esta cifra que se redujo para 2013, pues tan solo hubo 21, 425 estudiantes que se registraron para los programas de Servicio Social. En cuanto a los programas en el año 2000 existía una cantidad de 4, 206 para el 2011 esta cantidad se redujo a 3, 954 y en el año 2012 se incrementó a 4, 246. Otro dato que es muy importante de mencionar es que año con año se liberan mayor cantidad de cartas únicas de terminación , puesto que en el año 2000 de los 14, 658 alumnos registrados tan solo se registraron 8, 000 y para el año 2011 se entregaron 23, 811 de un total de 35, 710 alumnos registrados, durante 2012 se realizaron 23, 790 que

en 2013 fueron 24, 927 lo que indica que año con año ha aumentado la cantidad de estudiantes que terminan su Servicio Social. Estos datos corresponden al comportamiento que ha tenido el Servicio Social dentro de la UNAM.

Por lo anterior, es muy aventurado hablar sobre el desarrollo del Servicio Social en la última década, puesto que en la literatura es difícil encontrar artículos que hagan un análisis o referencia del tema; sin embargo aunque no existan documentos de investigación, no han cesado las actividades que se refieren a lo que ya se ha denominado como una institución del Estado Mexicano. Por lo anterior, es imprescindible hablar de que esta década la UNAM ha organizado diversos eventos. Con el propósito de la conmemoración del 70 aniversario del Servicio Social en el año de 2006 se llevó a cabo el coloquio “Compromiso y Responsabilidad Social”, la Feria Universitaria de Servicio Social UNAM 2006 y la entrega del premio “Gustavo Baz Prada”. Durante el año 2011 con motivo de la celebración de 5 años más de existencia en esta institución, se realizó el encuentro conmemorativo de los 75 años del Servicio Social Comunitario, a lo que se integró una ceremonia inaugural en la que se incluyó la entrega de premio Gustavo Baz Parada , conferencia magistrales, mesa de trabajo y una exposición historiográfica.

### **Definición y objetivos del Servicio Social.**

La UNAM lo define en el Reglamento General de Servicio social de la siguiente manera: “realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad” (Reglamento General del Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1985).

Es así como se puede considerar que el Servicio Social brinda a los profesionistas la oportunidad de retribuir a la sociedad el beneficio que obtuvieron de las universidades y en general del Estado por el carácter gratuito de la educación, aunque por otro lado es también el elemento sustantivo del proceso de formación integral.

El beneficio de realizar el Servicio Social, es recíproco, pues el estudiante crea una conciencia solidaria hacia su sociedad y consolida sus conocimientos.

De esta forma permite identificar el desenvolvimiento de los estudiantes y del mismo modo les ayuda a identificar las competencias que han desarrollado, aunque a la par de esto pueden identificar sus áreas de oportunidad, lo que logran mediante el desarrollo de un trabajo de campo de acuerdo a su perfil profesional particular.

Las ideas anteriores dan la pauta para enumerar los objetivos que plantea el reglamento universitario, los cuales son: (Reyna, 1998).

- Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad.
- Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del Servicio Social.
- Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

En la actualidad en la página Web de DGOAE, es posible encontrar que los objetivos anteriores, se resumen en uno, sin excluir los puntos importantes del Servicio Social, quedando de la siguiente forma:

Impulsar el desarrollo profesional y humano del pasante, mediante el compromiso social, activo y solidario en la solución de problemas o necesidades del país, a través de actitudes cívicas, críticas y propositivas en favor de la consolidación de cuadros de excelencia humana, como base para un futuro próspero de la nación.

### **Constitucionalidad del Servicio Social.**

Desde sus orígenes, el Servicio Social ha estado enmarcado por diversas contradicciones y el aspecto jurídico es una de ellas, a pesar del gran interés que muestran las partes involucradas (Instituciones de Educación Superior, sector social e instancias jurídicas) en estos términos se sigue presentando un regazo importante, puesto que la situación social ha rebasado las normas establecidas (Ruiz, et. Al. 1995)

A pesar de esto, el Servicio Social no es sólo un requisito para obtener el título universitario dentro de las Instituciones de Educación superior, sino que trasciende

a un artículo estipulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su obligatoriedad queda establecida en el artículo 5to fracción VII de la ley reglamentaria para el ejercicio de profesiones. Desde su promulgación. Esta ley se ha convertido en la base normativa que regula las actividades profesionales en toda la nación. Del mismo modo la legislación sobre el Servicio Social, que es parte de esta ley, influye de forma significativa en la normatividad del mismo en todos los Estados de la República.

El artículo quinto constitucional, hace un abordaje claro y preciso acerca del Servicio Social en diferentes aspectos, no obstante hay algunos otros en los que se encuentran deficiencias significativas, y son muestra de la importancia que se le ha ido restando en los últimos tiempos.

Establece en primera instancia que todos los estudiantes y profesionistas deben realizar el Servicio Social a menos que estén impedidos por alguna enfermedad grave o a las personas que ya son mayores de 60 años.

De igual manera específica, que el Servicio Social es temporal y aclara que debe ser en interés de la sociedad y el Estado; no obstante en la actualidad existen organizaciones de iniciativa privada que tienen vacantes para prestadores de Servicio Social.

Otro de los aspectos que aborda, es el referente a las actividades que el prestador debería realizar, haciendo énfasis en que las mismas deben ser: resolución de consultas, ejecución de trabajos y aportación de datos obtenidos del ejercicio profesional, esto da una pauta para reflexionar sobre las actividades que los prestadores realizan en la actualidad y conocer la forma en la que el artículo se cumple en la práctica.

En cuanto a la duración del Servicio Social, establece de manera exacta que su duración debe ser no menor a seis meses ni mayor a dos años efectivos, es decir que si por alguna razón el prestador no puede prestar el Servicio Social, este tiempo no se tomará en cuenta y deberá reponerlo.

Dentro de las deficiencias que se encuentran referente a la remuneración, en el que menciona que solo en caso de que el Servicio Social absorba totalmente las



actividades del prestador. Sin embargo no se habla de una remuneración para el resto de los prestadores, y de acuerdo con la filosofía que fue creado no debería de existir tal, puesto como se puede entender el pago fue recibir una educación gratuita, no obstante lo anterior podría contradecir lo establecido en el artículo 123.

Otro de los aspectos ambiguos es el referente a la prestación del Servicio Social en organizaciones privadas, pues es un aspecto que ni siquiera está contemplado en este artículo, y también se puede considerar que contradice a este mismo artículo.

El artículo quinto constitucional en su fracción VII, es el principal de los postulados jurídicos del Servicio Social, puesto que determina la forma en la que se realiza el mismo, sin embargo no es el único, puesto que también se hace referencia a este en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en el artículo 38 fracción XXX, que establece que la organización y promoción de los sistemas de Servicio Social están a cargo de la SEP (Secretaría de Educación Pública)

Así mismo también se menciona dentro de la Ley General de Educación en el capítulo II 2da sección artículo 24 el cual establece que los beneficiarios directos de los servicios educativos deberán prestar Servicio Social.

El artículo 5° constitucional y la Ley General de Educación son las principales leyes que hacen referencia al Servicio Social, aunque cabe mencionar que en el afán de uniformar las condiciones de su realización entre los Estados se creó en 1982 el reglamento para la prestación del Servicio Social de los estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana el cual establece las bases y fija los lineamientos del mismo.

## **INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL.**

En esta parte se describen las actividades realizadas durante la estancia y desarrollo del Servicio Social en la clínica Núm. 92 del IMSS, así mismo, se habla de los programas con los que cuenta la clínica, y que están enfocados al beneficio de la salud de los pacientes. Así Como un caso donde se llevó acabo la TCC y los resultados de la misma.

Se exponen obstáculos que no permitieron la aplicación, en su totalidad, de las actividades establecidas en el programa.

Con la finalidad de brindar la adecuada atención psicológica a los pacientes, previo a la realización de mi servicio, tomé 2 diplomados en Terapia Cognitivo Conductual, el primero en Niños y Adolescentes, y el segundo en Adultos.

### **DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL.**

Nombre del Programa.- “Vinculación, docencia, servicio para el establecimiento del sistema de gestión de los procesos de atención IMSS”. Con clave 2015-2271/2912.

Institución.- Clínica N° 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La finalidad del programa es el desarrollo de proyectos que permitan mejorar de manera permanente la calidad de los servicios, satisfaciendo los requerimientos de los derechohabientes, así como, desarrollar programas que estimulen la confianza y autoestima de los niños, elaboración de propuestas para el manejo de niños con conductas agresivas, y orientar a pacientes hipertensos, diabéticos y con obesidad para un mejor cuidado de su salud.

### **CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA**

Desde su fundación en 1943, el IMSS, ha sido la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos, para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, que les permitan a ellos y a sus familias, contar con la tranquilidad y estabilidad, ante cualquier riesgo especificado en la Ley del Seguro

Social. Actualmente, más de la mitad de la población mexicana, tiene algún tipo de relación con el Instituto, hasta ahora, la más grande en su género en América Latina.

### **Misión.**

Ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores, trabajadoras y sus familias.

### **Visión.**

Por un México con más y mejor seguridad social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley señala que la seguridad social tiene como finalidades el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y Guarderías y Prestaciones sociales.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo.

Voluntariamente, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados

a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero. Tenemos así que:

El seguro le brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

El seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.

El seguro de Invalidez y Vida, protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

El de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

Finalmente, el seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir

enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

La Ley del Seguro Social expresa: "la Seguridad Social tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.**

Las actividades durante el tiempo en el que realice el servicio social fueron las siguientes: atención psicológica a derechohabientes, participación en programas propios del IMSS como, "Yo Puedo" y "Juvenimss", por mencionar dos ejemplos.

La canalización de los pacientes al servicio de psicología, se llevaba a cabo por diferentes vías, y con base al siguiente cuadro:

Formas de canalizar a los pacientes al departamento de psicología	Por los médicos familiares. Los cuales solo tenían el conocimiento de que había una pasante de la carrera de psicología, y desconocían las actividades del programa, por lo que enviaban a todo tipo de pacientes, por ejemplo, una paciente con fibromialgia, chicos con estrés postraumático, mujeres que vivían violencia familiar, en lugar de mandar pacientes hipertensos, diabéticos y con problemas de sobrepeso, o a niños con conductas agresivas, o que presentaran problemas de autoestima.
	Vía trabajo Social. En ésta área, captaban a pacientes de sus programas (De los cuales se hablará más adelante),y aunque, conocían las actividades del programa de igual manera enviaban a todo tipo de pacientes, con problemas de adicciones, mujeres que presentaban violencia familiar, embarazo no deseado o planeado, por citar algunos ejemplos.
	Vía solicitud de cita directa por los derechohabientes. Ellos al enterarse que había el servicio de psicología, acudían a pedir una cita.

A todos los pacientes de primera cita se les aplicaba una entrevista, basada en el siguiente esquema.

<b>ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ</b>	
<b>Ficha de identificación.</b>	
<b>Motivo de consulta.</b>	
<b>Antecedentes inmediatos al motivo de consulta.</b>	
<b>Antecedentes personales y familiares.</b>	
<b>Antecedentes escolares.</b>	
<b>Antecedentes laborales.</b>	
<b>Antecedentes sociales y de pareja.</b>	

Durante mi estancia en la Clínica, atendí a 42 pacientes de forma individual, quienes asistieron de manera constante a sus consultas.

Los motivos de consulta expuesto por los médicos familiares eran: Presión arterial alta, sobrepeso, niveles de glucosa elevados, bajo rendimiento escolar, alteraciones en la conducta, problemas familiares y laborales, violencia intrafamiliar, llanto frágil, dermatitis, sobreprotección, colitis nerviosa, gastritis crónica, embarazo no planeado, consumo de drogas, intento de suicidio, episodios de ansiedad, depresión, duelo etc. El número de sesiones fluctuaba de 10 a 12, de acuerdo al avance del paciente, la duración de cada sesión era de 45 a 60 minutos. El método para la atención psicológica, fue el de Terapia Cognitivo Conductual, toda vez que este método permite tratamientos breves, y debido a la alta demanda del servicio, no era posible alargar la atención. Los resultados fueron positivos, y de gran ayuda

para los pacientes, pues aprendían a cambiar sus pensamientos y conducta para beneficio de su salud y de su estado emocional.

A continuación se presenta la tabla que muestra la cantidad y género de pacientes atendidos:

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NIÑOS	2	6	8
ADOLESCENTES	2	1	3
JOVENES	1	3	4
MADUREZ	2	17	19
VEJEZ	1	7	8
			42

## TABLA POR DIAGNOSTICO.

Problema.	CANTIDAD DE PACIENTES.
Estrés postraumático.	2
Duelo.	3
Ansiedad.	6
Distimia.	6
Depresión.	9
Falta de control de impulsos.	2
TDA	1
Intento de suicidio.	3
Violencia de Género.	4
Trastorno sexual.	1
Adicciones	1
Embarazos no deseados.	1
Baja autoestima	3
TOTAL.	42

### **Programas e intervenciones grupales.**

Los programas en los que participé en la clínica, y que fueron elaborados por el IMSS, son los siguientes:

#### ***PROGRAMA “YO PUEDO”.***

Estrategia educativa integral de promoción de la salud, para derechohabientes con enfermedades crónicas como sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, e hipertensión arterial. Este Programa fomenta el cuidado de la salud, y tratamiento no farmacológico emitido por el médico familiar.



## **Objetivos.**

1. Empoderar al derechohabiente con enfermedad crónica mediante información de su padecimiento y conocimiento de su cuerpo.
2. Inducir cambios en actitudes, adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para la vida, que le ayuden a tomar decisiones responsables para un proyecto de vida.
3. Fortalecer y complementar las indicaciones del tratamiento no farmacológico emitido por el Médico Familiar.
4. Reflexionar para conservar o mejorar su salud a través del autocuidado de la salud y tratamiento médico a seguir.
5. Mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y contener el crecimiento de los gastos médicos que genera la atención al daño.

## **Dinámicas educativas propuestas por el IMSS.**

Contenido temático	Objetivo	Material.
YO ESPERO * Para que entre * Que espero * Que beneficios	Integración grupal	Pizarrón, gis, borrador Tarjeta Bristol, marcadores, hojas
E I IMSS y YO “Imágenes del Personal de Salud “ *Medico *Enfermera *Trabajo Social *Nutrióloga *Asistente Medica	Identificar a los Profesionales de la Salud, así como las Actividades que realizan cada uno.	Imágenes de Personal de la Salud.
YO TENGO	A través de la dinámica, interrelacione el YO TENGO PERO YO PUEDO, Mejorar la alimentación saludable, los beneficios de la actividad física, y mejorar la calidad de vida	Tablero YO TENGO Tarjetas
TE CUENTO UNA HISTORIA.	Formar grupos en los cuales los Derecho Habientes. formaran una silueta con el papel Kraft, consiste en mostrar con las tarjetas las 10 habilidades para la vida.	Papel Kraft Plumones Tarjetas

YO PUEDO	El D.H. pasara al frente del auditorio, y manifestara uno de los problemas que le estén afectando, con apoyo del Caballete YO NO PUEDO PERO SI PUEDO. Con esto el Derecho Habiente afrontara sus problemas y la intensión es darle solución	Caballete YO PUEDO
TE DOY UN REGALO	Se alinearán sillas y con apoyo de los acompañantes, se les pedirá cierren los ojos, el acompañante dará un mensaje a beneficio de su salud.	Sillas, grabadora, música.

(Programa original IMSS).

La pláticas se impartían durante tres días, de manera alterna por la trabajadora social a cargo del programa “Yo Puedo”, y nutrióloga.

Mi participación en este programa, consistía en dar platicas a los pacientes, hipertensos, diabéticos y con problemas de obesidad, con el objetivo de que ellos mismos analizaran su estado de salud actual, y logaran encontrar la forma adecuada de mejorar su salud, con ayuda de las siguientes técnicas que me proporcionaron en la clínica, las cuales impartía en dos días.

**1er día. Técnicas de modificación de conducta: aprende a solucionar tus problemas.**

Esta técnica busca que los pacientes acepten que tienen un problema de salud, ya sea diabetes, hipertensión o sobrepeso, y que sean capaces de buscar alternativas para darle solución. A continuación, se detalla dicha técnica.

La parte más importante de solucionar un problema es ¿Qué piensas cuando tienes un problema? La mayor parte de las personas, creen que tener un problema es malo, penoso o cosa de tontos, por lo que, niegan o minimizan la importancia del problema o simplemente lo ignoran.

Ignorar que existe un problema complica todo. Un problema al que no se le da una solución efectiva, crece, crece, crece hasta que se vuelve una gran bola de nieve o

una bomba de tiempo. – En este punto es donde se busca que las personas reconozcan que tienen una enfermedad, en que consiste su enfermedad y que hay una solución para ello-.

Para aprender a solucionar problemas debemos desarrollar una orientación positiva hacia la solución de problemas, los siguientes siete pasos servirán de guía para lograrlo.

- 1) Tener problemas es normal. Los problemas son una parte natural de la vida. Aceptar que tienes un problema es el primer paso para que le busques solución. Un problema debe ser platicado con amplitud para que se le encuentre solución.
- 2) Piensa, antes de actuar. Con frecuencia actuamos impulsivamente ante un problema, y hacemos lo primero que nos vienen a la mente sin pensar en las posibles consecuencias negativas, ni en las probabilidades reales de tener éxito en la solución del problema. Antes de actuar define el problema.
- 3) La mayoría de los problemas tiene solución. Una respuesta frecuente a los problemas es darse por vencido antes de tratar de solucionar el problema.
- 4) Responsabilízate de los problemas y reconoce tu participación para crearlos y mantenerlos. Reconoce tu contribución en los problemas, analiza tus acciones y, piensa que eres capaz de cambiar las conductas que te generan problemas.
- 5) Para solucionar un problema piensa en algo que puedes hacer, no en lo que no debes hacer. Buscar estrategias para dar solución.
- 6) La solución de tu problema debe ser legal y socialmente aceptable. No llevar a cabo cosas que perjudiquen a los demás.
- 7) Las soluciones deben estar bajo tu control y de acuerdo a tus habilidades. Otras personas no pueden dar solución a tus problemas.

Una vez que se analizaban los puntos anteriores, se les preguntaba a los pacientes que problema de salud tenían, y de qué manera se habían dado cuenta de ello, por ejemplo, si hubo señales, pensamientos, o sentimientos que ayudaron a identificar la existencia del problema de salud. Posteriormente se les pedía que definieran el

problema con claridad, (desde cuando existía, si había personas involucradas en el problema, que deseaba que cambiara y que pensara en varias soluciones, y determinara la más viable). De esta manera me cercioraba que la plática dirigida al derecho habiente había sido entendida.

## **2do día. Técnicas de modificación de conducta: prevención exitosa de recaídas.**

Durante el desarrollo de mi servicio social, y al interactuar con los pacientes, me di cuenta que es importante que éstos tengan cambios sobre su conducta. Respecto a esto (Kasdin, Alan, 2000), opinan que, la conducta es algo que una persona hace o dice. Técnicamente, la conducta es cualquier actividad muscular, glandular o eléctrica de un organismo.

La característica más importante de la modificación de conducta, es su énfasis en definir los problemas en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones del comportamiento como el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado. Otra característica de la modificación de conducta es que los procedimientos y técnicas consisten en mecanismos para alterar el entorno de un individuo y así ayudarlo a funcionar más adecuadamente. El término entorno hace referencia a las personas, los objetos y sucesos presentes en el contexto más cercano de alguien, que pueden afectar a sus receptores sensoriales y alterar su comportamiento. Las personas, objetos y situaciones que componen el entorno se denominan estímulos.

Esta técnica que se cita a continuación también forma parte del programa “Yo Puedo” dirigida a las personas con sobrepeso, diabéticas o hipertensas. Trata de que los pacientes piensen en que habrá ocasiones en las que tengan que acudir a algún evento familiar y que habrá comidas o bebidas que el consumo no es ideal para su salud, o que en casa también se corre el riesgo de caer en la tentación de probar algún alimento que no está permitido para ellos. La técnica trata de guiar a los pacientes a no caer en el consumo de alimentos que perjudican su salud, y se describe así:

En esta técnica los pacientes tenían que:

Aprender a distinguir entre, caída y recaída.

- **Caída:** apartarte de tus hábitos saludables unos días.
- **Recaída:** abandonar tus hábitos saludables y volver a los hábitos problemáticos.

Dentro de la plática se les comenta lo siguiente:

Los cambios necesarios para tener un estilo de vida que te proteja de enfermedades y complicaciones (comer saludable y hacer ejercicio físico con regularidad) pueden ser difíciles de lograr y cuando se logran son difíciles de mantener a largo plazo.

Con frecuencia las personas recaen, es decir vuelven a la conducta habitual: a comer de más y sin control, a no hacer ejercicio, y a fumar de nuevo.

Las situaciones de riesgo que favorecen que la persona recaiga consisten en:

- Circunstancias en la que tienes mayor riesgo de presentar la conducta que quieres cambiar.
- Son situaciones que te dificultan lograr tus metas y te conducen a las caídas y recaídas. Por ejemplo: festejos.
- Hay situaciones de riesgo personales, relacionadas con tus emociones y tu vida familiar; y hay situaciones externas que no dependen de ti, por ejemplo, celebraciones y convenciones sociales.

<b>SITUACIONES PERSONALES:</b>	<b>SOCIALES O GRUPALES:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Emociones desagradables.</li><li>- Emociones agradables.</li><li>- Problemas familiares.</li><li>- Problemas económicos.</li><li>- Deseo de festejar.</li><li>- Malestar físico.</li><li>- Cansancio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presión de amigos.</li><li>- Convenciones sociales.</li><li>- Conflicto con otros.</li><li>- Estilo de vida atareado.</li></ul>

Por ejemplo, las emociones desagradables como la tristeza, la depresión, la ansiedad, los desacuerdos maritales o familiares y los problemas de cualquier tipo pueden hacer que se abandone el deseo de comer y vivir sanamente. Entonces puede provocar deseos de comer aquello que no se quería, en cantidades enormes y evitar la actividad física.

Un ejemplo más es que también las emociones agradables como la alegría y el deseo de festejar pueden hacer que comas alimentos que no querías comer por su alto contenido de grasas o azúcar. Puedes pensar *“me merezco comer eso”, he trabajado mucho o mi único gusto son las conchas de pan, me merezco comer más, pensando así tienes la justificación para premiarte con la comida.*

Estar cansado, estresado o preocupado también puede favorecer que tú comas exageradamente y duermas de más.

Las reuniones con familiares y amigos, celebraciones y los festejos son ocasiones llenas de tentaciones, en nuestra cultura la comida está asociada al cariño y por eso creemos que debemos comernos la comida que nos ofrecen independientemente de si tenemos hambre o no.

¿Que debes hacer para no resbalar?

- 1) Identifica las situaciones de riesgo.
- 2) Haz un plan de acción para evitar las caídas, en esas situaciones de riesgo.
- 3) Aplica toda tu creatividad para evitar las recaídas.
- 4) Si logras no caer: date un premio, reconoce tu éxito, enfócate en los logros que has alcanzado.

Para los pacientes dentro de este programa, se hacía un seguimiento, para saber si su estado de salud mejoraba. Los resultados eran positivos, pues los niveles de glucosa y presión arterial se regulaban. Esto se verificaba con los resultados de los estudios médicos mensuales o quincenales a los que eran sometidos los derechohabientes. Asimismo, la mayoría de ellos eran canalizados al servicio de psicología, lo que me permitía tener mejor monitoreo para saber los beneficios del acompañamiento psicológico en conjunto con lo aprendido en el programa en cuanto la modificación de la alimentación y la práctica de ejercicio.

## **PROGRAMA “JUVENIMSS”.**

“JuvenIMSS, es un programa educativo dirigido a la población adolescente, se imparte a través de pláticas sobre diversos tópicos, incluye temas de promoción de la salud, como: nutrición, sexualidad, prevención y detección de enfermedades, higiene, estilos de vida saludables, salud bucal, proyecto de vida, prevención de accidentes y violencia intrafamiliar, entre otros temas”.

Visitábamos escuelas de nivel medio superior, las vistas se hacían en cinco días consecutivos. Las sesiones se dividían en dos partes, en la primera se proyectaba un video educativo acerca de sexualidad, higiene bucal y la forma de alimentarse sanamente, en la segunda parte se daba información directa a los alumnos, se instalaban módulos de los diferentes servicios con que cuenta la clínica No. 92 como, salud bucal (dental), nutrición y trabajo social, los estudiantes acudían al de su interés. La participación de los alumnos era controlada por el personal de las escuelas.

Tanto Trabajo Social como Psicología, nos encargábamos de dar información de los métodos anticonceptivos, procurando que los adolescentes tomaran consciencia de la importancia del uso de estos para prevenir embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual. En cuanto a la forma correcta de colocar el condón o preservativo, se realizaba una muestra física con la ayuda de un pene de látex, con el que contaba la institución para el desarrollo de esta práctica, lo que permitía una mejor apreciación de los jóvenes, y en consecuencia lógica un uso adecuado de este método anticonceptivo.

### **Programa operativo de JUVENIMSS.**

- **Objetivo Táctico:** Brindar atención preventiva integral a la población de adolescentes derechohabientes de la U.M.F No. 92 con enfoque preventivo.
- **Objetivo Principal:** Formar promotores adolescentes prevemiss para que fomenten el programa de salud del adolescente e incrementen su participación activa en el cuidado de su salud y así favorezca su desarrollo integral.

- **Objetivo Operativo:** Se realizarán cursos de formación de promotores adolescentes de forma dinámica participativa y lúdica. Se formarán adolescentes graduados como promotores adolescentes prevenimss, siendo el apoyo de otro adolescente utilizando la comunicación entre pares.
- Indicador: Efectuar curso mensual con duración de 5 días en los planteles escolares. Con la participación de 20 adolescentes o más.

## **Estrategias educativas de promoción a la salud JUVENIMSS.**

### **1er día.**

- Temas: “Toma de decisiones y pensamiento crítico” (salud sexual, salud reproductiva, prevención de embarazo y plan de vida).
- Objetivo: Que el adolescente pueda ejercer su sexualidad de manera libre, segura y responsable, conozca los diferentes tipos de planificación familiar para la prevención de un embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, finalmente fomentar las decisiones en diferentes situaciones y visualizar un plan de vida satisfactorio.
- Material de apoyo: Para la realización de todos los temas se solicita a los ponentes la utilización de documentos técnicos de apoyo, material audiovisual, kit para promotores adolescentes, dinámicas de estrategia de promoción de salud, guía técnica, guía para el cuidado de salud del adolescente, así como otros apoyos que se consideren necesarios.

### **2 do día.**

- Tema: “Relaciones interpersonales” (prevención de violencia, adicciones, y accidentes)
- Objetivo: Que los adolescentes identifiquen los factores protectores para prevenir situaciones de riesgo.
- Material de apoyo: Para la realización de todos los temas se solicita a los ponentes la utilización de documentos técnicos de apoyo, material audiovisual, kit para promotores adolescentes, dinámicas de estrategia de promoción de salud, guía técnica, guía para el cuidado de salud del adolescente, así como otros apoyos que se consideren necesarios.



### **3er día.**

- Tema: “Conocimiento de sí mismo y, manejo de sentimientos y emociones” (autoestima, valores y comunicación).
- Objetivo: Que los alumnos puedan identificar y expresar sus sentimientos y emociones para tener mayor conocimiento de sí mismos y comunicarse de manera clara con su entorno para un buen desarrollo de su personalidad.
- Material de apoyo: Para la realización de todos los temas se solicita a los ponentes la utilización de documentos técnicos de apoyo, material audiovisual, kit para promotores adolescentes, dinámicas de estrategia de promoción de salud, guía técnica, guía para el cuidado de salud del adolescente, así como otros apoyos que se consideren necesarios.

### **4to día.**

- Tema: “Alimentación saludable”.
- Objetivo: Conocer la variedad de alimentos contenidos en el plato del bien comer para la elección de una alimentación correcta y la aplicación del pensamiento creativo para elaborar un menú saludable propio.
- Material de apoyo: Para la realización de todos los temas se solicita a los ponentes la utilización de documentos técnicos de apoyo, material audiovisual, kit para promotores adolescentes, dinámicas de estrategia de promoción de salud, guía técnica, guía para el cuidado de salud del adolescente, así como otros apoyos que se consideren necesarios.

### **5to día.**

- Temas: “Atención preventiva integrada y actividad física”.
- Objetivo: Dar a conocer la estrategia juvenimss, dando énfasis en la atención preventiva integrada, así como crear confianza e integrar al grupo, además de que conozcan la importancia de la actividad física en beneficio de la salud.
- Material de apoyo: Para la realización de todos los temas se solicita a los ponentes la utilización de documentos técnicos de apoyo, material audiovisual, kit para promotores adolescentes, dinámicas de estrategia de

promoción de salud, guía técnica, guía para el cuidado de salud del adolescente, así como otros apoyos que se consideren necesarios.

Al finalizar el programa en las escuelas, se les hacía una invitación a los chicos para que acudieran a la clínica y recibir mayor información de las inquietudes o desconocimiento a cerca del cuidado de la salud, las adolescentes eran las que más acudían para informarse principalmente sobre los métodos anticonceptivos. Elegían el que cubría mejor sus necesidades, ya sea pastillas anticonceptivas o el dispositivo intrauterino (DIU).

### ***PROGRAMA “CHIQUITIMSS”.***

Este programa no lo pude llevar a cabo ya que la trabajadora social que lo dirigía no visito escuelas donde se pudiera implementar, sin embargo se describe en qué consistía dicho programa.

El programa consiste en:

- Objetivo Táctico: Promover la importancia del cuidado de la salud en la población infantil, para lograr los cambios de estilo de vida y así favorecer en el desarrollo integral en su salud, a través de la estrategia Chiquitimss.
- Objetivo Operativo: Se realizan cursos talleres para la formación de promotores Chiquitimss en forma dinámica, participativa, deportiva, lúdica por medio de material didáctico para lograr así el cambio de estilo vida, y presenten una mejor calidad de vida.
- Objetivos Específicos:
  - Inducir la formación de hábitos y estilos de vida saludables desde etapas tempranas de la vida.
  - Organizar actividades educativas, culturales, deportivas y otras que favorezcan un desarrollo integral de la salud.
  - Contribuir a la formación de generaciones saludables.
- Indicador: Efectuar un taller bimestral con 25 integrantes en planteles escolares.

## **Actividades.**

**Tema 1.** Componentes: Higiene personal, entorno favorable a la salud. Dueños responsables con animales de compañía.

- Objetivo: que el niño practique medidas de higiene personal, así como su entorno y ser responsable con animales de compañía.
- Recursos: Gel antibacterial, sanitas, esponja, cepillo de dientes, pasta, canción el rock de la regadera, mascota de peluche.
- Tema 2: Alimentación saludable. Prevención de peso y obesidad. Ejercicio físico.
- Objetivo: El niño identificará los alimentos saludables y el plato del bien comer. Y realizará ejercicio físico para prevenir el sobre peso en los centros escolares mediante la activación física.
- Técnica de desarrollo: Visita al mercado.
- Recursos: Súper mercadito. Frutas y verduras, billetes, monedas.

**Tema 3:** Comunicación con padres de familia y otros. Actividad física. Integración y acercamiento efectivo.

- Objetivo: Convivir con los niños, padres y/o tutores practicando ejercicio físico con dinámicas de integración.
- Recursos: Canción “rock de la regadera”. Canción “justicia”. Canción “relajación”, pelotas, paracaídas.

**Tema 4:** Prevención de accidentes, prevención de violencia familiar, prevención de adicciones en la familia.

- Objetivo: El niño reflexionará a través de mensajes y juegos a cuidar su persona, para prevenir accidentes, violencia y adicciones.
- Técnica de desarrollo: Cuido mi persona.
- Recursos: Estufa y cerillos de juguete, plancha de plástico, burro de planchar infantil, teatrín, títere Chiquitimss, cuento “digo lo que siento”.

**Tema 5:** Vigilancia y evaluación del estado nutricional. Desparasitación intestinal. Vacunación. Salud bucal. Agudeza visual.

- Objetivo: El niño comprenderá la importancia de cuidar la salud y realizar revisiones periódicas API (Atención Preventiva Integrada).
- Recursos: Báscula digital, Carta Snellen, Albendazol, jeringas sin aguja, plato del bien comer, cepillo de dientes, canción “mi amigo el doctor”, canción “cepíllate”, canción “mis dientitos”, papel crepe y china de varios colores, disfraz de trabajo social, títere, títere parásito.

Para llevar a cabo los programas de Yo puedo, Juvenims y Chiquitims, las trabajadoras sociales no siempre contaban con el material necesario para realizar las actividades, principalmente el programa de Chiquitims, no contaba con las canciones sugeridas, ni había en existencia de material didáctico para todos los niños (planchas, pelotas, cerillos de juguete).

En este programa no se canalizaban niños debido ya que no se visitaban los centros escolares. Los pacientes infantiles eran enviados por los médicos familiares, quienes notificaban que las madres detectaban en sus hijos conductas agresivas o de aislamiento, dolores de estómago, berrinches, llanto frágil. De acuerdo a su edad se le daba la atención necesaria a su problema, más adelante se explica algunas actividades empleadas.

## **INTERVENCIONES INDIVIDUALES.**

Con respecto a la atención individual de los pacientes, se hacía por medio de la terapia cognitivo conductual. En el diplomado aprendía a trabajar con las teorías de tres autores, Albert Ellis, Aaron Beck y Jeffrey Young. Estas teorías se explicarán más adelante con detalle .

En este capítulo sólo se dará un bosquejo de Albert Ellis. Este autor, aborda la conducta humana a partir de una serie de creencias o pensamientos que denomina irracionales, que se sostienen de eventos pasados matizados por la infelicidad o displacer y que enmarcan el tipo de creencias que se tiene de los eventos pasados, presentes y futuros, estas creencias despiertan en el ser humano una emoción específica que denota un comportamiento o conducta acorde a la creencia. Ellis (1990), afirmó que las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente. Por ende,

esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables. Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC", donde A representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.). B representa en principio al sistema de creencias, puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc. C representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones). Con esta teoría se trabajaba con los pacientes, para tratar los diferentes trastornos que presentaban.

En la etapa inicial de entrenamiento en TREC, se recomienda enseñar al paciente el ABC de forma directa, activa y educativa:

- 1) Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas.
- 2) Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
- 3) Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
- 4) Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alteraciones racionales.
- 5) Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico-empírico de la ciencia.
- 6) Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales.
- 7) Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

Con estos puntos, se realizaba una planeación con los pacientes para trabajarlos en las sesiones, el propósito de seguir estos pasos era que los pacientes identificaran las creencias que están perturbando sus pensamientos, y que se den

cuenta que la conducta que están teniendo no es la adecuada. Se busca el cambio tanto en pensamiento como en conducta de forma favorable para el paciente.

### **ACTIVIDADES CON POBLACIÓN INFANTIL**

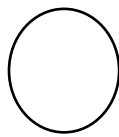
Con los niños menores de 5 años que presentaban conductas agresivas y que aún no saben leer ni escribir se empleaban actividades con dibujos. Se les hablaba de las emociones y se les pedía que las representaran por medio de dibujos, tratando de que expresaran lo que sienten en cada una de ellas. Una de las actividades consistía en dibujar círculos en una hoja y ellos tenían que trazar en las caras los rasgos o gestos que reflejaran o representaban a las emociones. Con esto los niños podían expresar como se sentían ante una situación, por ejemplo, si estaban enojados, tenían que expresar por medio del dibujo que era lo que pasaba en su cuerpo, que sentían al momento de presentar esa emoción, (si su cuerpo lo percibían caliente lo coloreaban de color rojo, dibujaban gestos que representaran ese enojo). Ejemplo:



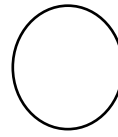
Alegría



Enojo



Tristeza



Temor

Para fomentarles un mejor comportamiento a éstos niños que presentaban conductas agresivas se les proyectaban videos, y ellos tenían que explicar que era lo que pasaba, hacerlos reflexionar con preguntas si estaba bien o mal acerca de lo sucedido en el video y dar soluciones positivas al problema. A continuación, se presentan las ligas de los videos.

La rabieta de Julieta <https://www.youtube.com/watch?v=FBROB2IMCaU>.

Cuando estoy enfadado

<https://www.youtube.com/watch?v=7Krw5hSsFxo&nohtml5=False>.

La niña que no se sentía mal cuando actuaba mal.

<https://www.youtube.com/watch?v=SKRecNeYRxI&nohtml5=False>.

Los niños que no respetaban su lugar en la escuela.

<https://www.youtube.com/watch?v=i3OIUXZG2bQ&nohtml5=False>.

Los niños que eran impulsivos.

[https://www.youtube.com/watch?v=sAn-m\\_a2fQI&nohtml5=False](https://www.youtube.com/watch?v=sAn-m_a2fQI&nohtml5=False).

Por otro lado, en la clínica se presentó un caso de una niña con problemas de baja autoestima, provocado por su hermano menor quien le decía que estaba fea y gorda. Con ella trabajé actividades del libro “Autoestima para niños, Juegos, Actividades, Recursos, Experiencias Creativas” de Jean R. Feldman. Estas actividades van enfocadas a la aceptación de ellos mismos, a ser sociables, tolerantes al cambio y a aprender a controlar sus emociones. A continuación, se describen algunas actividades realizadas:

### **1.- Espejo Mágico.**

¡Qué sorpresa tan especial para los niños ver que ellos son lo más maravilloso del mundo!

Materiales: Caja con tapa (caja de zapatos o caja de regalo). Cinta. Espejo. Pegamento. Hoja y lápiz.

Procedimiento:

- Pegar el espejo al fondo de la caja. Ponerle la tapa y pasar una cinta alrededor de la caja.
- Darle la caja al niño y decirle que la cosa más maravillosa del mundo está dentro de la caja. Dejar que sacuda la caja y adivine que puede ser.
- Desatar la caja y dejar que se vea.
- Preguntarles porque ellos son la cosa más maravillosa del mundo. Dejar que lo escriban.

Se le pide que haga un dibujo de ella. Conforme la niña se observaba en el espejo para dibujarse, se iba reafirmando la belleza de cada parte de su cuerpo, por ejemplo, se le decía que bonitos ojos, ¿de qué color los tienes?, ¿has observado tus pestañas? “son grandes”, gracias a ellos puedes ver todo lo que te rodea. De

esa manera se le pedía que observara y dibujara todas las partes de su cuerpo. El objetivo de esto era que se conociera y se aceptara como es, que dejara de dar importancia a los comentarios de su hermano.

## **2.- Licencia de conducir.**

Los niños se sienten mayores con sus licencias de conducir. Podrán identificar su color de pelo, de ojos, nombre, día de cumpleaños y otros rasgos físicos.

Materiales: Fotografía pequeña, copia de la licencia de conducir, pegamento, báscula, cinta métrica, lápices o pluma. Espejo.

FOTO	Licencia de Conducir.
	Nombre _____
	Día de cumpleaños _____
	Color de ojos _____
	Color de pelo _____
	Estatura _____ Peso _____

Procedimiento:

- Mostrar a los niños su licencia de conducir.” ¿Por qué los adultos necesitan una licencia para conducir?”
- Pedir que escriban su nombre y que peguen su fotografía en su tarjeta.
- Pedir que escriban su día de cumpleaños.
- Mirarse en el espejo y decir el color de su pelo y el de sus ojos.
- Pesar y medir a los niños y escribirlo en su tarjeta.

También en esta actividad se pretende la aceptación de ella al volver a ver sus rasgos físicos.

Retomando la teoría de Albert Ellis, trabajé con los siguientes esquemas para que los niños y adolescentes identificaran sus errores de pensamiento (pensamientos



negativos, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan).

a)

SITUACIÓN	SENTIMIENTO	PENSAMIENTO

b)

DÍA Y HORA	SITUACIÓN, ¿Qué, cuando, donde, quien?	PENSAMIENTOS ¿Cuáles fueron tus pensamientos? valora cuanto te los crees.	SENTIMIENTOS ¿qué o como te sentiste?	ERRORES ¿Qué error de pensamiento estás cometiendo? ¿Cuánto te lo crees ahora?

Además de las actividades antes citadas, les aplicaba el test del dibujo de la familia de Louis Corman, para conocer el entorno o medio ambiente familiar en el que se desarrolla o vive el niño, como lo percibían, si existían dificultades con los padres o con los hermanos. El test de la figura humana de Koppitz, es otra prueba proyectiva que apliqué a los niños para saber cómo se perciben, su maduración y su autoestima.

Una actividad más que realice en la clínica, fue participar en la feria de la salud, ésta consiste en colocar módulos de los diferentes servicios con que cuenta la clínica, por ejemplo, dental, oftalmología, nutrición, y trabajo social, los pacientes pasan a los módulos a recibir información acerca de los servicios que brinda la clínica. Mi

actividad consistía en pregunta a los pacientes si eran hipertensos, diabéticos o si tenían problemas de sobrepeso, si tenían alguno de estos padecimientos los invitaba a acudir al programa de “yo puedo” anotándolos en una lista como posibles integrantes de la próxima sesión del programa. A los pacientes de edad avanzada los invitaba a formar parte del programa envejecimiento activo en donde podrían darse cuenta que la edad no es barrera para seguir con su vida activa y que el sedentarismo los podía perjudicar en su salud. También daba información de los métodos anticonceptivos con los que cuenta la clínica, regalaba preservativos e invitaba a los derechohabientes a que se integraran a alguna actividad física que se imparte dentro de la clínica, ya sea yoga, acondicionamiento físico, o a la actividad manual, que consistía en clases de tejido. Todo esto con el propósito de que los pacientes se mantuvieran activos.

Canalicé con ayuda del médico familiar a una paciente a psiquiatría ya que al entrevistarla me di cuenta que no podía pronunciar algunas palabras correctamente y sus movimientos eran lentos. Al preguntarle si estaba enterada de tener algún problema de salud, me comentó que cuando estaba en la adolescencia, le diagnosticaron retraso mental leve en un hospital del ISSSTE. La paciente fue valorada por el Psiquiatra del Hospital General Regional 196 IMSS, donde se le da seguimiento, tuvo que ser medicada para inhibir la ansiedad que presentaba.

Por otra parte, cada semana rendía un informe verbal a la Jefe de Trabajo Social en el que le mencionaba la situación de los pacientes, los avances que había con ellos, altas, deserciones, revisábamos las solicitudes de los doctores, para decidir si los derechohabientes eran atendidos en la clínica o si se transferían a alguna otra institución, dependiendo de la problemática, por ejemplo, CIJ (centro de integración juvenil), INMUJERES (instituto nacional de las mujeres). Lo mismo ocurría con el Jefe de Enseñanza DR. Rubén Ríos. A las trabajadoras sociales también les informaba de la situación en la que se encontraban los pacientes que estaban a su cargo. El control de la agenda estaba bajo mi cargo, daba las citas a los pacientes, tomando en cuenta las fechas de los programas, “Yo puedo” y “Juvenimss”.

## **SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.**

En este apartado se hablará acerca de la terapia cognitivo conductual, así como los exponentes más destacados de este enfoque, los cuales son Albert Ellis, Aaron Beck y Jeffrey Young, se menciona a cada autor resaltando sus aportaciones de forma general que tuvieron a la TCC, se toma como ejemplo el caso de una paciente, donde se desarrolla las aportaciones de cada autor, así como las actividades que se llevaron con la paciente que apoyan el cambio de pensamientos o ideas irracionales.

### **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

#### ***¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?***

Es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales, (intentos directos de disminuir las conductas y disfunciones emocionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desapareciendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Brewin 1996).

Las Terapias Cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones (Ingram y Scott, 1990)

- a)** Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos.
- b)** El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- c)** La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa).
- d)** Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.

- e) La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- f) Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la Terapia Cognitivo Conductual serían las siguientes (Ingram y Scott, 1990)

- 1.- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos casuales.
- 2.- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- 3.- Realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- 4.- Emplea estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- 5.- Pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- 6.- La terapia es de duración breve.
- 7.- La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.
- 8.- Los terapeutas cognitivos-conductuales son directos.

La postura cognitivo-conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de: *estructuras cognitivas*, la organización interna de la información; p. ej., memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, almacenamiento sensorial, etc. De: *contenido cognitivo* el contenido real que se almacena; p. ej., conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc. De: *procesos cognitivos* la manera de funcionar del sistema para recibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de la información; p.ej., atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación, etc. Y de los *productos cognitivos*, los resultados de la manipulación del sistema cognitivo; p. ej., atribuciones, imágenes creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos, etc. (Ingram y Kendall y Hammen, 1995). Así mismo, las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente “esquemas”. Las *deficiencias cognitivas* p. ej., deficiencias en el procesamiento de la información, como el déficit en la solución de

problemas interpersonales y las *distorsiones cognitivas*, p. ej., percepciones erróneas del ambiente, sirven para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo.

Brewin (1996) indica que se pueden distinguir entre cogniciones que son relativamente accesibles a la consciencia, como los pensamientos automáticos, y las denominadas cogniciones más profundas, que son menos accesibles, como los esquemas, suposiciones subyacentes o ideas irracionales nucleares, autores como, Beck et al [1979], Ellis [1962] y Mei chenbaum [1977]) están de acuerdo con esto.

Ahora bien, los esquemas son reglas generales, inflexibles, o suposiciones silenciosas, creencias, actitudes, conceptos que:

- 1) Se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias (tempranas) pasadas.
- 2) Forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar los estímulos.
- 3) Forman la base para la categorización, evaluación de experiencias, y para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales.

Al mismo tiempo, los filtros perceptivos de individuo, las visiones de uno mismo, de los demás y del mundo, y los factores que constituyen los fundamentos para evaluar y juzgar, se basan todos en los esquemas. Éstos cumplen las funciones de comparar nuevos objetos o situaciones con el conocimiento anterior que ya se posee almacenado, y dirigir la búsqueda de más información cuando no encaja con este conocimiento. Es decir, los esquemas imponen un túnel perceptivo, sobre la experiencia y cuando la información no encaja con el esquema el sujeto puede buscar nueva información, distorsionar la que le llega o cambiar el esquema. La conexión sobre los estímulos actuales y la propia y única historia psicosocial se basa en estos esquemas (Granvold, 1994).

En esta misma dirección, los psicólogos cognitivos y sociales (Epstein, 1994; Nisbett y Wilson, 1977; Possner y Snyder, 1975) han propuesto la existencia de dos sistemas cognitivos con propiedades y funciones diferentes, uno es automático, queda fuera de la consciencia e implica un procesamiento de la información paralelo

y a gran escala, y otro que es más elaborado e implica a la experiencia consciente. Los datos provenientes de numerosas áreas de la psicología apoyan la idea de que la mayoría del procesamiento cognitivo conlleva al potencial de incluir una gran cantidad de información y tiene lugar de forma muy rápida y totalmente ajena a la consciencia. Aunque no nos damos cuenta de esta clase de información, sí lo hacemos de sus productos, bajo la forma, por ejemplo, de pensamientos e imágenes (Brewin, 1996). Esta clase de procesamiento se encuentra muy fluido por el aprendizaje anterior y los nuevos estímulos suelen provocar propuestas habituales de una forma relativamente inflexible.

Por el contrario, el procesamiento consciente es lento y premeditado y funciona basándose en una pequeña parte de la información disponible. Al mismo tiempo, es muy adaptable y responde fácilmente a la nueva información, lo que permite una gran flexibilidad de la conducta. Es razonable suponer que la salida (output) de ambos tipos de procesamiento se encuentra representada en la memoria. Numerosas pruebas experimentales y neuropsicológicas sugieren la existencia de sistemas de memoria implícitos y explícitos, apoyando la idea de que gran parte de la información almacenada en la memoria puede que no sea accesible de forma consciente (Squire et al., 1993, en Brewin, 1996).

Teorías contemporáneas de la emoción (Berkowitz, 1990, Leventhal, 1984) y el condicionamiento (Davey, 1992) adoptan la posición de que las respuestas emocionales pueden ser influidas por asociación inconsciente aprendidas provenientes de acontecimientos intensos o repetidos y por el conocimiento consciente relevante (Brewin, 1996). Aplicando un enfoque similar a los procesos de cambio en psicoterapia, Brewin (1989) ha propuesto que el conocimiento de las personas obtenido por medio del amplio procesamiento paralelo inconsciente de sus respuestas a situaciones aversivas, denominado conocimiento accesible situacionalmente, se almacenan de forma separada al conocimiento adquirido por medio de la experiencia consciente más limitada de esas situaciones y denominado conocimiento accesible verbalmente. Mientras que este último puede, en principio, ser encontrado y cuestionado o debatido de modo liberado, el conocimiento accesible situacionalmente sólo puede encontrarse automáticamente cuando los

estímulos ambientales que llegan se corresponden con las características de los recuerdos almacenados. De esta forma, en presencia de recordatorios de los acontecimientos aversivos, una persona podría darse cuenta de la activación automática de emociones, pensamientos imágenes e impulsos conductuales. Aunque la representación subyacente permanece inaccesible, sus productos se vuelven accesibles a la consciencia y permiten que una persona haga inferencias sobre el material almacenado en la memoria (Brewin, 1996).

### **Distintas Terapias Cognitivo-Conductuales.**

Las terapias cognitivo-conductuales incorporan procedimientos conductuales y cognitivos en su aplicación a los distintos problemas. Se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales (Mahoney y Arnkoff, 1978):

- 1) Los métodos de **restricción cognitiva**, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos.
- 2) Las terapias de **habilidades de afrontamiento**, que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes.
- 3) Las terapias de **solución de problemas**, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

Una vez que se describió la Terapia Cognitivo Conductual, se explicarán las aportaciones de los autores Albert Ellis, Aaron Beck y Jeffrey Young que tuvieron en esta corriente.

### **DESCRIPCION DEL MODELO TERAPEUTICO, A-B-C. Albert Ellis, 1913-2007.**

El marco filosófico general de la TREC se basa primordialmente en la premisa estoica de que “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones” (Epicteto, siglo I d.c). Por consiguiente, el

modelo ABC utilizado por la TREC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las circunstancias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975). Si estas interpretaciones son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de “irracionales”. Esto no significa que la persona no razone, sino que su razonamiento no es el adecuado, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía de esa persona es funcional (Ellis, 1982; Ellis y Becker, 1982).

La TREC supone que existen dos tendencias básicas, naturales, podría decirse biológicas, en el ser humano: una de ellas es la facilidad con que las personas, no importa lo racionalmente que hayan sido educadas, a menudo tienden a polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas y absolutistas. La otra es que las personas tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar o debatir y cambiar dichas exigencias, si así lo desean.

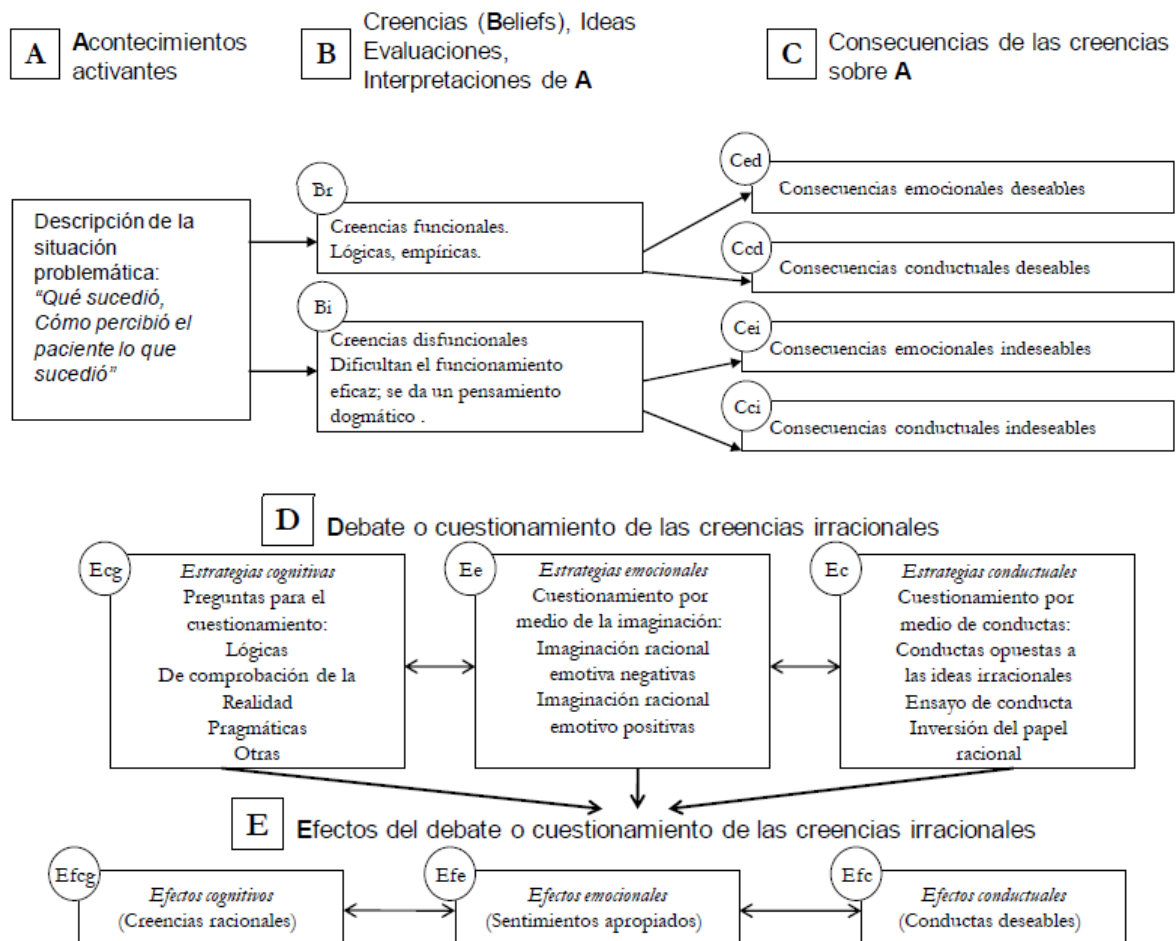
El modelo ABC, se considera dentro de la TREC como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El modelo ABC de la TREC funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento activante o “A” es interpretado por el individuo, a quien desarrolla una serie de creencias [Beliefs] (Bs) sobre el mismo. A partir de esas creencias desarrolla la “C” o consecuencias, que resultarían de la interpretación (o creencias) que el individuo hace de “A”. Las consecuencias pueden ser “emocionales”, “Ce”, y/o “conductuales”, “Cc”. Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran “racionales” (rB). sí, por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo son “irracionales” (iB). Según el ABC, el método principal para



reemplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) se denomina refutación, cuestionamiento o debate (D) y es, básicamente una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez. En la figura 1 se representan gráficamente el modelo ABC, junto con el cuestionamiento o debate (D) y los efectos que éste tiene sobre el paciente, con lo que se considerarían realmente los factores A-B-C-D-E [Ellis, 1987; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Harper, 1961, 1975].

### Modelo ABC de la terapia racional emotiva- conductual.



Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo, Albert Ellis.

## **Profundizando en el modelo ABC de la TREC.**

El modelo ABC de la TREC habla de una “A” o acontecimientos activantes, de la “B” o creencias irracionales y de una “C” o consecuencia.

**Los acontecimientos activantes o las A:** Se refieren a cuando los pacientes describen un acontecimiento perturbador en sus vidas, el terapeuta puede pensar que dicho acontecimiento contiene tres elementos 1) qué sucedió, 2) cómo percibió el paciente lo que sucedió, y 3) cómo evaluó el paciente lo que sucedió. Los primeros dos elementos son aspectos de la A, el acontecimiento activante, el último se refiere al sistema de creencias del paciente. La TREC hace una distinción entre la realidad objetiva y la realidad percibida, La realidad percibida es la realidad conforme la describen los pacientes y como supuestamente creen que es. La realidad confirmable se refiere al consenso social de lo que sucedió.

Otra distinción que hace la TREC es entre dos tipos de cogniciones. La realidad percibida conlleva las descripciones de los pacientes sobre lo que perciben del mundo. Las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad.

**Las consecuencias o las C.** Se refiere a la consecuencia emocional o conductual que tienen los pacientes y es lo que habitualmente hace que los pacientes acudan a terapia porque se sienten mal. Hay varias maneras de inferir la presencia de ciertos estados emocionales como: emplear señales del comportamiento del paciente, entendiendo las consecuencias emocionales típicas de las situaciones frecuentes de la vida real, y por medio de la deducción a partir de la teoría racional emotivo conductual, de modo que si ocurre el sistema de creencias del paciente se puede inferir una emoción específica.

No obstante, hay que indicar que no todas las emociones son inapropiadas o constituyen objetivos para el cambio. La teoría de la TREC no dice que las emociones sean indeseables; de hecho, son parte de la vida. La distinción que el terapeuta de la TREC hace es entre emociones que sirven de ayuda y aquellas que son dañinas. Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en su

intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante.

**Las creencias o las B.** Hay dos clases de sistemas de creencias, creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB). Ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella. La gente es capaz de tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo. Una tarea de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre rBs e iBs y pedirles que cuestionen sus iBs y las reemplacen por filosofías más racionales. ¿Cómo se diferencian los pensamientos racionales de los irracionales? Algunas de las características de las creencias irracionales son: Inconsistentes en su lógica, inconsistentes con la realidad empírica, absolutistas y dogmáticas, producen emociones perturbadoras y por último no ayudan a conseguir objetivos.

Ellis sugiere que para discriminar las creencias irracionales se puede buscar los “debería” y los “tendría que”. Aunque estas palabras pueden ser realmente indicios de una filosofía absolutista y exigente, a menudo se utilizan de forma inocua. Los “tengo que” / “debo” son exigencias absolutistas en tres áreas: a) uno mismo (tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente, lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa), b) los demás (usted debe de tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente, lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo-agresivas o violentas) y c) el mundo en general (las condiciones generales de mi vida tiene que ser muy buenas/cómodas y fáciles, lo que produce como resultado sentimientos de lástima por uno mismo y problemas de autodisciplina) .

Las tres conclusiones, derivadas del pensamiento absolutista y rígido de los “tengo que” / “debo”, pueden describirse con más detalle de la siguiente forma:

- 1) **Tremendismo:** Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, percibirlo como más de un 100% malo. Una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia “esto no debería ser tan malo como es”.

- 2) **Baja tolerancia a la frustración o “No puedo-soportantitis”.** Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta, o amenaza con presentarse, en su vida o deja, o amenaza con dejar, de ocurrir, según el caso.
- 3) **Condenación o “Evaluación de la valía del ser humano”.** Es la tendencia de evaluar como “mala” la esencia humana, la valía de uno mismo/y o de los demás, como resultado de la conducta individual.

**Albert Ellis propone 12 ideas irracionales.**

- 1) Los humanos adultos tienen la imperiosa necesidad de ser amados y aprobados por cualquier persona significativa y relevante de su vida.
- 2) La idea de que uno debe absolutamente ser muy competente y eficaz para poderse considerar útil y válido. O de lo contrario, uno es una persona inadecuada e inservible.
- 3) La idea de que hay un cierto tipo de gente indeseable y despreciable que debería ser severamente castigada.
- 4) La idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no sucedan como a uno le gustaría.
- 5) Las personas deben absolutamente actuar honradamente y considerablemente y, si no lo hacen, son unos villanos condenables. La gente es sus actos malos.
- 6) La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente no tiene ninguna posibilidad de controlarlas.
- 7) La idea de que si algo puede llegar a ser peligroso o terrible uno debe estar muy preocupado y deberá estar pensando constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- 8) La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.

9) La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.

10) La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.

11) La idea de que existe invariablemente una solución precisa y correcta para los problemas y que es terrible si uno no da con esa solución maravillosa.

12) Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.

### **Procedimiento.**

Durante la etapa inicial de entrenamiento en TREC, se recomienda enseñar al paciente el BC de forma directa, ya que le ayuda a entender su esquema conceptual, a identificar y cuestionar sus aspectos irracionales para reemplazarlos por otros más funcionales y eficaces, a utilizar mejor las técnicas de la TREC para lograrlo y, en general, a llevar este aprendizaje más allá de la terapia formal para poder llegar a ser, en último término, su propio terapeuta. El estilo de la TREC es activo, directivo y, en gran parte educativo (Ellis y Dryden, 1987; Ellis 1984b; Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992).

Cuando las personas llevan a cabo un cambio filosófico en B, es decir, cuando cambia su pensamiento absolutista, sus “tengo que”/ “debo”, a menudo son capaces de corregir espontáneamente sus conclusiones (tremendismo, devaluación o condenación, baja tolerancia a la frustración) y sus inferencias distorsionadas sobre la realidad (sobregeneralizaciones, atribuciones erróneas, etc).

### **BECK. TERAPIA COGNITIVA.**

El doctor Aaron T. Beck de la universidad de Pensilvania, a comienzos de los años sesenta, desarrollo la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck 1964). A partir de ese momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones

(véase p. ej., Freeman y Dattilio, 19992; Freeman, Simon, Beutler y Arkowitz, 1989; Scott, Williams y Beck 1989). Estas adaptaciones han modificado el objetivo, la tecnología y la duración del tratamiento. Para decirlo en pocas palabras, el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

El modelo de Aaron Beck se centra, básicamente, en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas.

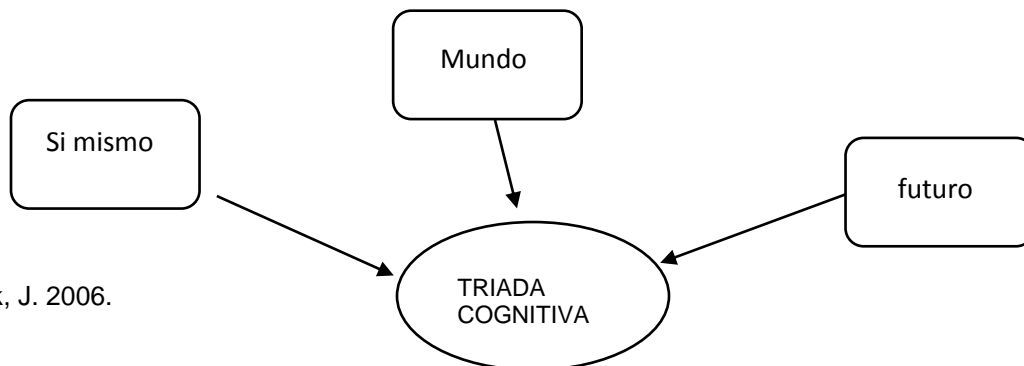
### ***El Modelo Cognitivo de la Depresión.***

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967).

Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva (ver Beck, 1976). El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- (1) La tríada cognitiva.
- (2) Los esquemas, y
- (3) Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

#### **1) Concepto de tríada cognitiva.**



Beck, J. 2006.

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El *primer* componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El *segundo* componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el *mundo* le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El *tercer* componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del *futuro*. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

## **2) Los Esquemas.**

Son las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria. Representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo.

Influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos.



Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

### **3) Errores, sesgos, o distorsiones cognitivas.**

Son los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Básicamente serían errores cognitivos.

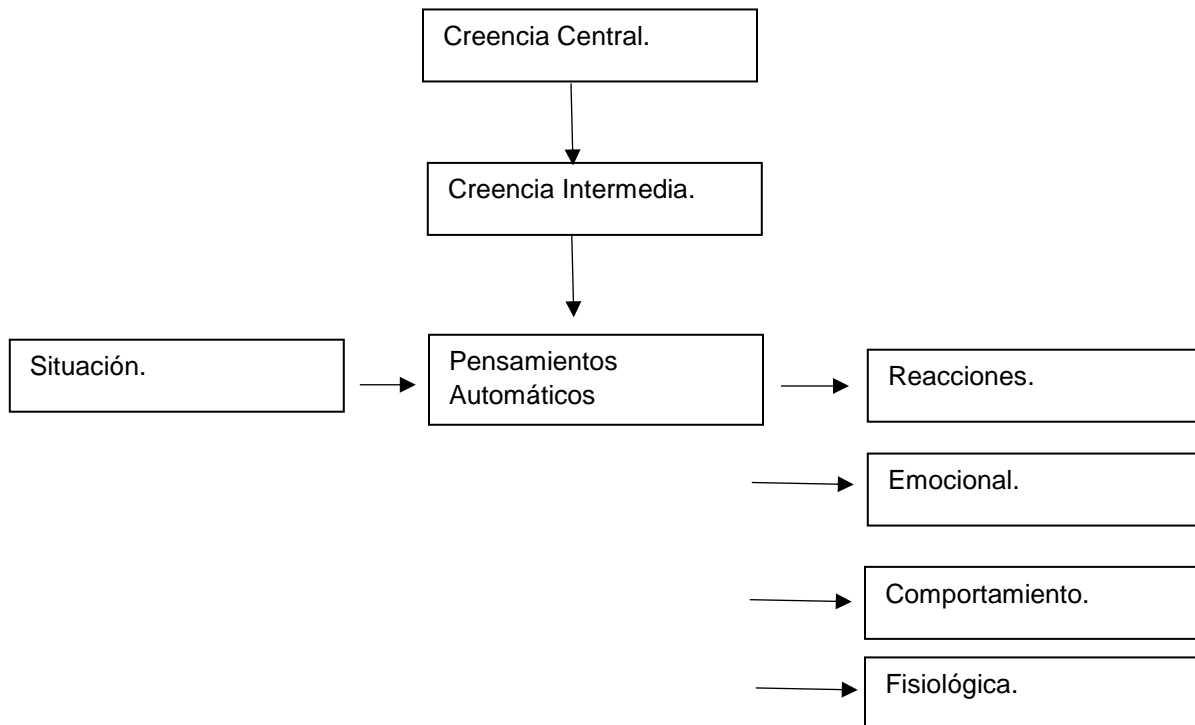
Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (ver Beck, 1967). Los supuestos y creencias de la persona facilitan la aparición de sesgos y errores en el procesamiento de la información: sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas:

Los principales son:

<b>Distorsiones cognitivas</b>	<b>Definición</b>
<b>Inferencia Arbitraria.</b>	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.
<b>Catastrofismo.</b>	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.

<b>Comparación.</b>	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.
<b>Pensamiento Dicotómico/ blanco o negro.</b>	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno o malo).
<b>Descalificación de lo positivo.</b>	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.
<b>Razonamiento Emocional.</b>	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.
<b>Construir la valía personal en base a opiniones externas.</b>	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.
<b>Adivinación.</b>	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.
<b>Etiquetado.</b>	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.
<b>Magnificación.</b>	Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.
<b>Leer la mente.</b>	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.
<b>Minimización.</b>	Procesos de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.
<b>Sobregeneralización</b>	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.
<b>Personalización</b>	Proceso de asumir casualidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.
<b>Perfeccionismo.</b>	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.
<b>Abstracción Selectiva.</b>	Procesos de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.
<b>Afirmaciones debería.</b>	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que se están llevando a cabo.

### **Esquema del modelo cognitivo.**



Beck, J. 2006.

Donde, las creencias: Son ideas profundas no articuladas que los seres humanos tienen respecto de:

- Sí mismos
- Otros/mundo
- Futuro

Se detectan en los pensamientos automáticos.

- **Creencias centrales:** Se forman a partir del significado que las personas dan a sus experiencias en la infancia (sobre todo a los hechos muy traumáticos o a otros más sutiles, pero muy negativos) y a experiencias crónicas. Son verdades absolutas, es como "son las cosas".

- **Creencias intermedias:** Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos). Por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación, y esa visión influye en cómo se siente, actúa o piensa un individuo. Suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; p.ej., “si cuento cosas de mí mismo, se aprovecharán de mí”, “si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas”, “si cometo un error, significa que soy un incompetente”, “me pondré rojo y todo el mundo se reirá de mí”. Estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas (p.ej., “no debo revelar muchas cosas de mí mismo”, “debo evitar cosas que sean muy complicadas”) y actitudes (“es terrible cometer un error”).

Se componen de:

–CONCEPTOS: objetos, ideas.

–REGLAS: "Debo cuidar y proteger a mis hijos siempre".

–ACTITUDES: "Es TERRIBLE que ellos no me hagan caso".

–SUPOSICIONES: "Si yo cuido de ellos con entrega, no sufrirán".

- **Pensamientos Automáticos:** Autoverbalizaciones, pensamientos o imágenes contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la unión de la valoración de los eventos y los supuestos personales.

No surgen de una deliberación o razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática; suelen ser veloces y breves. Son aceptados como ciertos, sin ser sometidos a evidencia.

### **Estructura formal de la Terapia Cognitiva.**

#### **a) Preparar al paciente para la terapia cognitiva.**

Dos elementos son importantes en el transcurso de la terapia cognitiva. (1) El paciente debe comprender la naturaleza y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. (2) El paciente debe estar preparado para enfrentarse con fluctuaciones en el nivel de intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento.

***b) Formular un plan de terapia para cada sesión.***

Los principales objetivos de la terapia cognitiva son (a) eliminar los síntomas del síndrome depresivo y (b) prevenir las recaídas. Estos objetivos se implementan entrenando al paciente (1) a aprender a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada y (2) a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas.

***c) Establecer la agenda al comienzo de la sesión.***

El terapeuta hace las veces de un guía experto: elabora un plan y proporciona un mapa y los instrumentos necesarios. No obstante, debe asegurarse de que el paciente está dispuesto y desea seguir el plan. Así, terapeuta y paciente proponen unos temas determinados por la agenda de cada sesión, que fijarán al comienzo de ésta. Es conveniente que el orden del día incluya un breve resumen de las experiencias del paciente desde la última sesión y el correspondiente feedback. A partir de aquí, terapeuta y paciente deben estar de acuerdo en los objetivos específicos de la sesión. Los temas a tratar deben formularse en términos concretos y precisos, de modo que la atención del paciente se centre en la tarea que se tiene entre manos.

***d) Formular y comprobar hipótesis concretas.***

Es crucial construir un modelo –un anteproyecto– que se adecue a cada paciente. Basándose en las respuestas de éste a preguntas específicas, el terapeuta puede formular varias hipótesis. Los datos se elicitán según una secuencia lógica de preguntas (a) para comprobar hipótesis, (b) para modificar hipótesis, (c) para descartar hipótesis anteriores, o (d) para derivar hipótesis nuevas. Cuando el terapeuta piensa que la hipótesis es razonable, debe “probarla” en el paciente. Lo que hace es pedirle a éste su opinión sobre la “adecuación” de la hipótesis en cuestión y trabajar con él para modificarla, de modo que aumente la aplicabilidad de ésta a las circunstancias concretas del paciente.

**e) *Elicitar feedback del paciente.***

La colaboración entre terapeuta y paciente requiere un esfuerzo conjunto para identificar y evaluar cogniciones, formular hipótesis y realizar “experimentos”. A través de todos estos intercambios verbales, el terapeuta debe observar las reacciones del paciente ante su conducta verbal y no verbal. Este feedback adquiere una importancia especial en el marco de la terapia con depresivos –es un factor crucial para afianzar la relación terapéutica. El mecanismo de feedback anima al paciente a expresar sus sentimientos y percepciones sobre la terapia, las tareas para casa, el propio terapeuta, etc. Este iniciará el procedimiento en los primeros momentos de la terapia, pidiéndole al paciente que evalúe la sesión que están a punto de concluir, la anterior, las tareas para casa, etc.

**f) *Resúmenes intercalados.***

Hacer síntesis o resúmenes en determinados momentos de la sesión resulta de gran utilidad para el terapeuta. Al mismo tiempo, es conveniente pedirle al paciente que haga un resumen breve sobre lo que cree que el terapeuta intentaba comunicarle. Si se hace sistemáticamente a lo largo de la sesión, este procedimiento sirve para determinar si paciente y terapeuta están en la misma “onda” y ayuda al paciente a centrarse en problemas concretos.

**g) *Contar con la participación de personas significativas.***

Existe evidencia de que la participación de un familiar o un amigo puede incrementar el efecto terapéutico de una sesión. Se debe juzgar el momento más oportuno para incluir la participación de un tercero, que puede ser el esposo/a o un amigo íntimo. A no ser que existan contraindicaciones específicas, se entrevistará a la persona en cuestión inmediatamente después de la primera entrevista con el paciente. Este procedimiento permite al terapeuta obtener información sobre los síntomas del paciente, su nivel de funcionamiento, posibles intentos de suicidio, etc. Además, proporciona la oportunidad de explicarle a la persona de que se trate el fundamento teórico, los procedimientos terapéuticos y las tareas para realizar en casa, de modo que esta persona pueda reforzar el régimen terapéutico.

### ***h) Utilizar técnicas auxiliares.***

En esta parte se puede servir de distintos recursos para reforzar y ampliar el impacto de la sesión terapéutica, Suele ser conveniente que el paciente escuche lo que se ha dicho en una sesión grabada. Ver películas de las sesiones les ayuda a corregir algunas de sus percepciones distorsionadas acerca de sí mismos.

### **JEFFREY YUONG. TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS.**

La Terapia de Esquemas (TE) es una forma de psicoterapia integrativa, que combina elementos cognitivos, conductuales, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas/existenciales (Young, Klosko & Wheishar, 2003). Surge a partir de los conceptos teóricos desarrollados por Beck, especialmente en el área de los trastornos de personalidad, los esquemas, las estrategias y los modos (Alford & Beck, 1997; Beck, 1996; Beck, Freeman, Davis y otros, 2005). La TE ha sido desarrollada por Jeffrey Young (1990; 1993) para tratar a pacientes que reciben un diagnóstico de trastornos de la personalidad o aquellos con problemas psicológicos que se consideran difíciles de tratar, porque suponen un reto desde la perspectiva del terapeuta. La TE se desarrolla para tratar problemas psicológicos graves, arraigados, de larga duración, y que presentan dificultades por generar y mantener la estabilidad sintomática, recaídas constantes, problemas interpersonales o rigidez de patrones conductuales (Young, 1993).

La característica más destacada es que la terapia de los esquemas ofrece, tanto al terapeuta como al paciente, un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, que Young bien a denominado esquemas disfuncionales tempranos (EDT).

Los supuestos de los que parte el modelo de Young, para ser considerado como una alternativa al modelo de Beck, son los siguientes:



1. Dificultades en la identificación de sentimientos y cogniciones. Las personas con problemas de personalidad bloquean sus emociones y pensamientos. Muchos tienen una tendencia afectiva de evitar las emociones.

2. Problemas para el cumplimiento de las tareas para casa. el paciente no está motivado para la tarea y tiene problemas para aprender estrategias de autocontrol, siendo ésta una de las características más destacadas de los pacientes con trastornos de personalidad.

3. Imposibilidad de definir y clarificar los problemas de la vida. Presentan problemas difusos, vagos que no saben definir como objetivos del tratamiento.

4. Resistencias a una relación terapéutica colaboradora. No es tarea fácil aplicar ni encontrar el empirismo colaborador en el que se fundamenta la terapia cognitiva. Muestran dificultades en sus relaciones interpersonales, tienen problemas para tener una buena alianza terapéutica. En el tratamiento se va a necesitar manejar estas dificultades de manera activa.

5. Dificultades para modificar sus creencias rígidas. Las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva, en muchos casos no son suficientes para cambiar los patrones autodestructivos y la rigidez de pensamientos. Las creencias y los patrones autodestructivos forman parte de la definición de la identidad de los pacientes con trastornos de personalidad, muchas veces el cambio sólo es parcial.

Al plantear estos supuestos, Young estaba delimitando el campo de aplicación de su modelo a los problemas emocionales crónicos y los trastornos de personalidad, puesto que las características arriba enumeradas pueden aplicarse en mayor o menor grado a estos desórdenes.

### **Conceptos básicos del modelo.**

Para este modelo de abordaje, Young y Klosko (2007) definen una subcategoría de esquemas: los Esquemas Tempranos Desadaptados (EDT). Estos son patrones disfuncionales -auto-saboteadores- de pensamiento y emoción que se iniciaron en temprana edad y se reiteran a lo largo de la vida. Según esta definición, las conductas inadaptadas no son componentes de los esquemas, sino que son las

respuestas a estos. Las conductas son causadas por los esquemas, pero no son parte de los mismos. Sin embargo, Cid (2009) prefiere denominarlos “Esquemas Precoces Desadaptativo”, definiéndolos como temas amplios y persistentes formados por recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales que hacen referencia al análisis de uno mismo y de las relaciones con los demás. Estas se originan durante la infancia y se van elaborando a lo largo de la vida del individuo, siendo disfuncionales en grado significativo.

### **Esquemas Desadaptativos Tempranos**

Los EDT se originan en representaciones basadas en la realidad y en su comienzo pueden generar respuestas adaptadas a éstas. Su disfuncionalidad se muestra más tarde en la vida, cuando esas percepciones o apreciaciones ya nos son ajustadas a la realidad. Los mecanismos humanos de supervivencia, en particular el impulso a la consistencia cognitiva -o a evitar la disonancia cognitiva-, generan la poderosa energía que los defiende ante todo intento de modificarlos, forzando a las otras percepciones a ajustarse a ellos (Young & Klosko, 2007).

Ahora bien, estos esquemas pueden tener distintos grados de gravedad y de rigidez o resistencia al cambio. La gravedad puede definirse por la cantidad de situaciones que los activan. La mayor o menor severidad y resistencia al cambio dependerán de lo temprano -o tardío- de la edad en que se generaron, de la cantidad de figuras significativas que lo generaron y de la cantidad -o duración- de las situaciones que lo generaron. Por ejemplo, será más severo y rígido un esquema generado por ambos progenitores, desde la edad de 4 o 5 años y durante toda la infancia, que uno generado por un solo progenitor, o solamente por un maestro, en un episodio único, cuando tenía 12 años de edad (Young & Klosko, 2007).

Las características más relevantes de los EDT son las siguientes:

1. Son verdades a priori acerca de uno mismo y del ambiente, estructuras centrales del auto-concepto.
2. Se auto-perpetúan y son resistentes al cambio; es decir, no se modifican y se mantienen a lo largo del tiempo.

3. Son disfuncionales o desadaptativos: con consecuencias auto-destructivas y/o daño significativo para los demás. Interfieren de forma significativa en la satisfacción de las necesidades nucleares de autonomía, unión con los demás, auto-expresión, límites, gratificaciones y autoestima necesarias para una calidad de vida saludable.
4. Son activados por cambios ambientales relevantes al esquema o por estados de ánimo o estados biológicos. No siempre están en nuestra conciencia. Cuando se activan se acompañan de altos niveles de afecto o emociones.
5. Son el resultado de la interacción del temperamento con las experiencias nocivas o interacciones dolorosas y disfuncionales con los miembros de la familia o cuidadores en la infancia.

A continuación, se explican dieciocho esquemas desadaptativos tempranos identificados por Young, que se agrupan en 5 dimensiones. Cada una de estas dimensiones refleja una necesidad crítica de los niños relacionada con el funcionamiento adaptativo. Las dimensiones describen, a su vez, relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde radican los orígenes del esquema, así como el funcionamiento interpersonal adulto.

**1.- Desconexión (desunión) y rechazo:** Consiste en la expectativa de que uno no encontrará a nadie que satisfaga sus necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatía, afecto, aceptación y respeto. Los antecedentes familiares contienen experiencias de separación o desarraigo familiar, padres ausentes, rechazo, castigos, indiferencia, actitudes críticas, etc.

**1) Abandono / Inestabilidad:**

- Es la sensación de inestabilidad y poca fiabilidad sobre aquellos que nos pueden proporcionar apoyo y amistad.

- Implica el significado de que los demás no serán capaces de proporcionarnos apoyo emocional, comunicación, fuerza o protección porque ellos son emocionalmente inestables e impredecibles (explosiones de enfado) poco fiables o

su presencia es desigual; porque ellos morirán en poco tiempo o nos abandonarán en favor de alguien mejor.

## **2) Desconfianza / Abuso:**

- Idea de que los demás nos dañarán, abusarán de nosotros, nos humillarán, estafarán, mentirán, manipularán o se aprovecharán.
- Implica que el daño es intencionado o el resultado de una negligencia injustificada y extrema. Uno siempre termina por ser engañado por los otros o al final se llevará una gran decepción.

## **3) Privación emocional:**

- Expectativa de que los demás no nos van a proporcionar un apoyo emocional normal. Existen tres formas de privación emocional:
  - Privación de cuidados: atención, afectos, calor y compañía.
  - Privación de empatía: comprensión, escucha, confianza, sentimientos compartidos.
  - Privación de protección: ausencia de fuerza, protección y guía por parte de los otros.

## **4) Imperfección / Vergüenza:**

- Sensación de que uno es defectuoso, malo, no deseado o poco válido para las cosas importantes; o que uno va a resultar antipático si se relaciona con los demás.
- Esto puede implicar una hipersensibilidad a la crítica, rechazo y culpa, baja autoestima, tendencia a la comparación e inseguridad hacia los otros, así como vergüenza respecto a los propios defectos mostrados.
- Estos defectos pueden ser internos (antipatía, ira, orientaciones sexuales inaceptables) o externos (fealdad, torpeza social, etc.).

## **5) Distanciamiento / Aislamiento social:**

- Sentimiento de que uno está aislado de los demás, es diferente de los otros y/o no forma parte de ningún grupo o comunidad.

## **2.- Deterioro en la autonomía y de la actuación:**

- Expectativa sobre uno mismo y sobre el ambiente que interfiere con la propia capacidad para la supervivencia, para funcionar de forma independiente o para actuar con éxito.
- En el origen familiar se puede observar escasa confianza en el niño, sobreprotección o fracaso en reforzar las actuaciones competentes del niño fuera de su entorno familiar.

### **6) Dependencia / Incompetencia:**

- Es la creencia de que uno es incapaz de manejar sus responsabilidades diarias, de una manera competente, sin una considerable ayuda de los demás (cuidar de uno mismo, resolver problemas diarios, tener buen juicio, emprender nuevas tareas, tomar buenas decisiones).
- A menudo presentan indefensión.

### **7) Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad:**

- Temor exagerado a que pueda ocurrir una catástrofe y que uno será incapaz de prevenirla.
- El temor puede referirse a catástrofes médicas (sida, infartos, tumores), emocionales (volverse loco) o externas (ascensores, aviones, terremotos o atracos).

### **8) Enredarse/ Sin desarrollo Propio**

- Excesiva implicación emocional y compenetración con una o más personas significativas (a menudo los padres) a expensas de una plena individualidad o de un normal desarrollo social.
- Implica la creencia de que no se puede vivir o ser feliz sin el constante apoyo de los demás. Puede incluir también sentimientos de estar dominado o fusionado con los otros o bien tener una identidad individual insuficiente.
- A menudo experimentan un sentimiento de vacío o de falta de dirección o, en casos extremos, pueden cuestionarse el sentido de su existencia.

### **9) Fracaso.**

- Creencia de que uno ha fracasado o es inferior a sus semejantes en cuanto a logros (estudios, profesión, deportes).
- La persona se considera estúpida, inepta, tonta, ignorante, de bajo estatus y con menos éxito que los demás.

### **3.- Límites deteriorados:**

- Deficiencias en los límites internos, en la responsabilidad hacia los demás o en la orientación hacia metas a largo plazo.
- Conduce a dificultades para respetar los derechos de los demás, cooperar con ellos, comprometerse o establecer objetivos personales, realistas.
- Los orígenes familiares típicos se caracterizan más por permisividad , exceso de indulgencia, carencia de directrices o una sensación de superioridad en vez de un afrontamiento apropiado, disciplina y establecimiento de límites, con respecto a asumir responsabilidades, cooperar de una forma recíproca y establecer objetivos.
- En algunos casos el niño puede no haber experimentado frustraciones o no haber obtenido supervisión, dirección o guía adecuadas.

### **10) Grandiosidad / Privilegio:**

- Creencia de que uno es superior a los demás, que se tiene el derecho a privilegios especiales.
- No está limitado por las normas de reciprocidad que regulan las interacciones sociales normales.
- Insistencia en que uno puede ser capaz de realizar u obtener lo que quiera, aunque los demás lo consideren irracional o sea a costa de ellos; o también la excesiva tendencia a afirmar el poder de uno, el punto de vista particular o el control sobre la conducta de los otros conforme los deseos de uno, sin tener en cuenta las necesidades propias de los demás y su criterio. Suele implicar excesivas exigencias y falta de empatía con las necesidades y sentimientos de los demás.

### **11) Insuficiente Autocontrol / Autodisciplina:**

- Persistente dificultad o rechazo a tener suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr objetivos personales o contener la expresión excesiva de los propios impulsos y emociones.
- En su forma más leve, los pacientes pueden dar una exagerada importancia a la evitación del malestar intentando evitar el dolor, los conflictos, los enfrentamientos, las responsabilidades o los sacrificios a expensas del desarrollo personal.

### **4.- Inclinación hacia los otros:**

- Se trata de una excesiva atención a los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades, con el fin de obtener amor y aprobación, mantener la sensación de vinculación con el otro o bien para evitar represalias.
- Frecuentemente implica supresión y falta de conciencia respecto a la propia ira y a las inclinaciones naturales. El origen familiar puede ser de aceptación condicional.
- El niño debe suprimir importantes aspectos de sí mismo, para así obtener amor, atención y aprobación. Las necesidades emocionales y deseos de los padres o bien la aceptación y el estatus social son más valorados que las necesidades específicas y los sentimientos de los hijos.

### **12) Subyugación:**

- Excesiva rendición al control de los demás debido a que el individuo se siente coaccionado – sometido, con el fin de evitar la ira, las represalias o el abandono. Existen dos formas de subyugación:
  - Subyugación de las necesidades: Supresión de las propias decisiones, preferencias, deseos.
  - Subyugación emocional: Supresión de las propias emociones, especialmente de la ira.

### **13) Autosacrificio:**

- Excesiva dedicación a satisfacer de forma voluntaria las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a costa de las propias gratificaciones.
- La razón más común es evitar causar dolor a los otros, evitar la culpa de los sentimientos egoístas o mantener la vinculación con los que se perciben como necesitados.
- A menudo es el resultado de una aguda sensibilidad hacia el dolor de los otros. A veces produce la sensación de cierto resentimiento hacia los demás debido a que las propias necesidades no han sido satisfechas.

### **14) Búsqueda de aprobación / Reconocimiento:**

- Excesivo énfasis en obtener aprobación, reconocimiento o atención por parte de los otros, a expensas del desarrollo de una identidad propia, segura y real.
- Aquí la autoestima de uno, depende de las reacciones de los otros, más que de las propias cualidades naturales.
- A veces incluye un excesivo énfasis en el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero o los logros, con el fin de obtener aprobación, admiración o atención.

### **5.- Sobrevigilancia e inhibición:**

Se da un excesivo énfasis en controlar los sentimientos, impulsos y preferencias espontáneos o en satisfacer normas y expectativas rígidas e interiorizadas sobre la actuación y el comportamiento ético, a expensas, a menudo, de la felicidad, la expresión de uno mismo, el estar relajado, las relaciones íntimas o la salud.

- Generalmente se trata de familias rígidas, exigentes y a veces, punitivas: el rendimiento, el perfeccionismo, el seguir las normas y el ocultar las emociones, predominan sobre el placer, la alegría y la tranquilidad.
- Frecuentemente hay un ambiente de pesimismo y preocupación de que las cosas podrían ir mal si se baja la guardia y no se tiene cuidado constantemente.



### **15) Negatividad/Pesimismo:**

Atención duradera y general sobre los aspectos negativos de la vida mientras minimiza o se olvida de los aspectos positivos.

- Habitualmente incluye expectativas exageradas de que las cosas puedan ir mal o de que los aspectos de la propia vida que parecen ir bien, acaben mal.
- Implica un excesivo temor a cometer errores que pueden ocasionar la ruina económica, pérdidas, humillaciones o sentirse atrapado en una mala situación.

### **16) Inhibición emocional:**

Inhibición excesiva de las actuaciones, sentimientos o comunicaciones espontáneas, habitualmente para evitar la desaprobación de los otros, los sentimientos de vergüenza o el perder el control de los propios impulsos. Los aspectos más comunes de la inhibición se refieren a:

- Inhibición de la ira y la agresividad.
- Inhibición de impulsos positivos (diversión, afecto, sexualidad)
- Excesivo énfasis en la racionalidad a expensas de la emocionalidad.
- Dificultad en la expresión de la vulnerabilidad o en la comunicación libre de los propios sentimientos, necesidades, etc.

### **17) Incompasivo/Hipercrítica:**

Se refiere a la creencia subyacente de que uno necesita esforzarse en satisfacer las más altas normas interiorizadas de conducta y rendimiento para evitar la crítica.

- Obviamente se produce un grave perjuicio del placer, la relajación, la salud, la autoestima, la autorrealización y las relaciones satisfactorias. Las normas inflexibles suelen presentarse como:
  - Perfeccionismo: Atención excesiva a los detalles y una infravaloración del propio desempeño con respecto a las normas.
  - Reglas y deberes rígidos en muchas áreas de la vida, incluyendo reglas morales, preceptos éticos y religiosos poco realistas.

- Preocupación con el tiempo y la eficiencia, la necesidad de lograr más.

### **18) Punitivo:**

La creencia de que se debería castigar a la gente por cometer errores.

- Implica la tendencia a enfadarse, a ser intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluido uno mismo) que no satisfacen las expectativas y las normas.

- Frecuentemente esto incluye dificultades para perdonar los errores de uno mismo y de los demás debido a que no se tienen en cuenta las circunstancias difíciles ni se aceptan los defectos humanos, y tampoco se empatiza con los sentimientos de los demás.

### **Orígenes y clasificación de los esquemas.**

Según este modelo, los EDT se originan en necesidades emocionales insatisfechas en la infancia. Éstas son necesidades básicas que todo niño tiene que tener cubiertas y debe aprender a compensarlas con sus padres, familia y el grupo de pares, con el fin de conseguir un óptimo desarrollo y funcionamiento adaptativo a lo largo de la vida. Estas cinco necesidades universales según Young y Klosko (2007) se enuncian como:

- Pertenencia. Integrada por: Seguridad, Estabilidad, Afecto, cariño, Aceptación
- Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- Libertad para expresar emociones y deseos válidos.
- Espontaneidad y juego.
- Límites realistas y autocontrol.

Es importante señalar que Young y Klosko, (2007) han observado que existen cuatro tipos de experiencias vitales que promueven la aparición de los esquemas. La primera es la que denominan frustración tóxica de las necesidades que se produce cuando el niño recibe 'muy poco de algo bueno' y adquiere esquemas tales como la Privación emocional o Abandono/Inestabilidad, debido a ciertas deficiencias en su ambiente temprano. De esta manera, el ambiente del niño está perdiendo

estabilidad, comprensión o amor. El segundo tipo de experiencia tóxica temprana hace referencia a la traumatización; en este sentido, el niño es dañado, criticado, controlado o victimizado. Estas experiencias llevan a que desarrolle esquemas tales como Abuso/Desconfianza, o Vulnerabilidad al peligro. Con respecto al tercer tipo de experiencia tóxica, el niño recibe demasiado de algo bueno, es decir, los padres brindan al niño demasiado de algo que, en moderación, es saludable para él mismo, lo que a su vez contribuye a generar esquemas tales como Dependencia funcional o Grandiosidad. Por último, el cuarto tipo de experiencia tóxica consiste en la interiorización selectiva o identificación con otros significativos. Con respecto a este tipo de experiencia, el niño se identifica de manera selectiva e interioriza los pensamientos, las sensaciones y las experiencias de sus padres, en otras palabras, el niño lo que hace es interiorizar los esquemas de sus padres, lo que da lugar a que se origine, por ejemplo, el esquema de Vulnerabilidad.

### **Estilos y respuestas de afrontamiento.**

Los tres estilos de afrontamiento desadaptativos hacen referencia a las tres respuestas básicas ante la amenaza: la lucha, la huida y el quedarse inmóvil; específicamente lucha es sobrecompensación, huida es evitación y quedarse inmóvil es rendición. Es importante tener en cuenta que, si bien estos estilos de respuesta fueron posiblemente funcionales y útiles en la infancia, en la edad adulta podrían resultar disfuncionales porque no permiten adaptarse de una manera saludable y, por lo tanto, impiden la satisfacción de las necesidades básicas de todos los seres humanos (Young & Klosko, 2007).

<b>ESTILO DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>DEFINICIÓN.</b>
<b>Compensación</b>	Hace referencia a conductas, pensamientos y sentimientos con los que el sujeto intenta superar y hacer frente a un esquema.
<b>Evitación.</b>	Consiste en estrategias cognitivas, emocionales o conductuales con las cuales el sujeto intenta eludir los pensamientos o las situaciones que pudieran activar el esquema y la experimentación de la intensa emoción o tono emocional que le acompaña.

<b>Rendición.</b>	Consiste en aceptar plenamente y favorecer el cumplimiento o confirmación del esquema. Los pacientes buscan las relaciones que reiterarán las situaciones generadoras del esquema o reaccionan con excesiva intensidad emotiva ante disparadores del esquema. Por ejemplo, reiteran parejas abusivas o descalificadoras o generan reacciones negativas en otros y responden con exacerbado resentimiento o depresión ante esas reacciones.
-------------------	--

### **Modos de los esquemas.**

Las personas no tienen sus esquemas permanentemente activos, sino que éstos se activan en determinados momentos. A su vez, las personas disponen de diversos estilos de afrontamiento, pero no siempre los están utilizando. Frente a determinados disparadores la persona activa alguno(s) de sus esquemas. A su vez los esquemas activos despliegan alguno de los varios estilos de afrontamiento característicos de la persona, concretado en cada caso en una de las conductas posibles dentro de ese estilo. Sin embargo, podemos observar que ciertos esquemas y estilos de afrontamiento se disparan juntos. A estos esquemas y/o estilos de afrontamiento agrupados se les ha denominado modos (véase Figura 2). Los Modos hacen referencia a partes del sí mismo que contienen ETI y sus respectivos estilos de afrontamiento, los cuales no han sido integrados en una personalidad consistente. Los Modos consisten así en pensamientos, emociones y conductas relacionadas que forman parte de un patrón recurrente en la vida del sujeto. Los Modos son temporales y se activan ante determinados estresores (Young, Klosko & Wheishar, 2003).

<b>Modos de niño</b>	1 Niño vulnerable. 2 Niño Enojado. 3 Niño impulsivo-indisciplinado. 4 Niño Feliz.
<b>Modos disfuncionales de afrontamiento.</b>	5 Sumiso-claudicante 6 Distanciado-protector. 7 Sobre compensador.
<b>Modos parentales disfuncionales.</b>	8 Padre punitivo. 9 Padre demandante.
<b>Modo funcional</b>	10 Adulto saludable.

- El modo **Niño Vulnerable** es considerado nuclear para el abordaje de los modos y el más importante para sanar. Este modo se puede ver como la conducta de un niño asustado, triste o incapaz, necesitado del cuidado, que no tiene, de los adultos. El esquema y la causa de este modo puede ser alguno de los siguientes: Abandonado (haber sido dejado solo), abusado (haber sido muy castigado o maltratado), carente de afecto (no haber recibido cariño) o defectuoso (haber sido muy criticado o descalificado). También puede relacionarse con otros esquemas como: vulnerable (en riesgo de sufrir un daño o de enfermarse), dependiente (incapaz de desenvolverse sin ayuda) o fracasado (incapaz de éxito, nunca exitoso). Es decir, el modo Niño Vulnerable puede contener esquemas del dominio I (desconexión temprana y rechazo), generalmente originados en entornos familiares fríos, lejanos, explosivos, abusivos o impredecibles, o en esquemas del grupo II (trastornos de autonomía y rendimiento) generalmente originados en entornos familiares sobre-protectores o que desalientan el desempeño independiente o la auto-confianza.

- El modo **Niño Enojado** surge como respuesta a la necesidad de un tratamiento justo no obtenido o a situaciones que activan esquemas de abandono, abuso, sometimiento o falta de afecto. En este modo el paciente se enfurece, grita o reacciona violentamente (el niño que tiene una rabieta al no obtener algo).

- El modo **Niño Impulsivo o Indisciplinado** exhibe poca tolerancia a la frustración o poca capacidad de postergación, realizando cualquier deseo o necesidad sin previsión de consecuencias, sin límites ni consideración hacia los demás. Este modo suele aparecer junto con esquemas del dominio III, como el de Derechos/Grandiosidad o el de Insuficiente Auto-control o Autodisciplina.

- El **Niño Feliz** es el modo propio de una saludable ausencia de activación de esquemas inadaptados.

Los Modos de Estilos de Afrontamiento Desadaptativos se entienden como los estilos de afrontamiento que se van aprendiendo para hacer frente a los Modos de niño, y hacen referencia a cómo las personas resuelven las situaciones conflictivas y manejan las emociones asociadas (Young & Klosko, 2007).

- El modo **Sumiso** corresponde al estilo rendición. La persona se muestra pasiva, hace todo lo que otras personas desean que haga y puede ser obediente hasta el grado de permitir el abuso o la descalificación, para conservar la relación o evitar reacciones negativas o venganzas.

- El modo **Distanciado** corresponde al estilo evitación. La persona adopta conductas de retraimiento, evitación de situaciones, desconexión de emociones, aislamiento, etc.

- El modo **Sobre-compensador** corresponde al estilo de sobre-compensación. En este modo las personas obran como si fuera verdad todo lo opuesto a su esquema inadaptado. Si se creen defectuosos, actúan como perfectos o superiores a otros; si se creen culpables, acusan a los otros.

Los 'Modos disfuncionales parentales' surgen cuando el paciente incorpora las conductas disfuncionales de sus padres. Sería la voz internalizada de los padres, que correspondería a enseñanzas o mandatos de los padres que en la vida adulta no permiten una adecuada adaptación. Las dos formas más comunes son:

- El **padre castigador**, que critica y sanciona los errores o reprime la expresión de las necesidades del niño.

- El **padre demandante**, que no castiga, sino que pretende la perfección, los máximos niveles de realización, y se desilusiona o se muestra defraudado cuando no se cumplen, generando culpa o vergüenza en el niño.

Estos modos parentales disfuncionales suelen encontrarse en casos de severa depresión y en trastornos obsesivo-compulsivos.

Dentro del Modo funcional se encuentra:

- El modo **Adulto saludable**, correspondería a todas las cosas buenas del autoconcepto del paciente, que permite generar una sensación de autoeficacia en las propias habilidades, autoestima para poder avanzar y compasión para poder aceptar las experiencias vitales negativas. En las personas saludables, este modo se activa con mayor frecuencia, está casi siempre presente y tiene fuerza suficiente para moderar a los otros modos cuando aparecen.

La finalidad de la terapia es desarrollar y aumentar la presencia y fuerza del modo adulto saludable enseñándole al paciente a moderar, suavizar o sanar a los otros modos (Young & Klosko, 2007).

### **El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas.**

El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas se articula en relación a dos fases principales que recogen la integración de todo tipo de técnicas, desde técnicas cognitivas a técnicas conductuales, pasando por técnicas experienciales y por el manejo de la relación paciente-terapeuta.

#### **Primera fase: Fase de evaluación y educación.**

Los objetivos de esta primera fase de evaluación consisten, en primer lugar, en que el cliente sea capaz de identificar y activar sus esquemas desadaptativos tempranos, sobre todo aquellos que son especialmente destacados en cada caso y, en segundo lugar, que el cliente empiece a ser instruido sobre el papel que juegan esos esquemas a la hora de mantener patrones de vida desadaptativos.

Para conseguir esas metas se ponen en marcha las siguientes estrategias:

En primer lugar, se hace una revisión de vida del cliente, identificando aquellos patrones que le funcionan y se relacionan los problemas actuales del paciente con sus orígenes históricos.

En segundo lugar, los clientes aprenden sobre sus esquemas leyendo capítulos importantes del libro de autoayuda Reinventando tu vida. En este libro se describen los esquemas, las raíces de ellos, sus patrones de mantenimiento y las estrategias para el cambio.

En tercer lugar, los clientes deben examinar sus respuestas dadas a una variedad de inventarios de esquemas desarrollados por el grupo de Young, como, por ejemplo, Cuestionario de Esquemas de Young y Brown, el Inventario de Evitación de Young y Rygh, el Inventario de Compensación de Young, o el Inventario Parental.

En cuarto lugar, los esquemas se activan mediante técnicas experienciales, como, por ejemplo, técnicas en imaginación, silla vacía, etc. que provocan esos esquemas en el marco de la relación terapéutica.

En quinto lugar, se discuten los patrones comportamentales que provocan esos esquemas en el marco de la relación terapéutica.

Y en sexto lugar, se descubren los modos de esquemas disfuncionales de larga duración, los estilos de afrontamiento de los clientes y otras conductas desadaptativas que interfieren con la satisfacción en las relaciones y en su campo profesional.

### **Segunda fase: fase de cambio.**

En esta segunda fase de tratamiento, el terapeuta debe intentar mezclar, de una forma flexible y creativa, las técnicas cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales de las cuales se dispone para el tratamiento con pacientes. Hay que tener en cuenta que, en principio, aunque las técnicas utilizadas se describen o se clasifican de forma separada, en realidad todas las técnicas se mezclan entre sí, adaptándolas a cada caso en concreto.

### **Técnicas cognitivas**

Como plantean Young y Klosko (2007), mientras que los pacientes creen que los esquemas son válidos no van a estar en disposición de modificarlos, es decir van a seguir manteniendo sus puntos de vista distorsionados sobre ellos mismos y los demás, de manera que con las técnicas cognitivas lo que aprende el paciente es a construir argumentos contra el esquema. Las técnicas que se utilizan mayoritariamente provienen de la terapia cognitiva, siendo las más utilizadas:

- Revisar las evidencias o argumentos a favor y en contra del esquema. Hacer las listas de ellas y discutir las.
- Discutir y evaluar nuevas interpretaciones posibles de las evidencias presentadas a favor del esquema, de acuerdo a puntos de vista más maduros y amplios.
- Evaluar beneficios vs. desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente.



-Role-play de diálogos entre el lado del esquema y el lado sano, cambiando roles con el terapeuta.

-Escribir y disponer de tarjetas de afrontamiento ( flashcards) donde se pueden leer los argumentos y pensamientos apropiados para enfrentar el esquema cuando se activa.

Utilizar el Registro Diario de Esquemas (Young, 1993) donde el paciente registra los siguientes datos: disparador, emoción, pensamiento, conducta real, esquemas, punto de vista saludable, consideraciones realistas, sobre-reacciones, conducta saludable.

### **Técnicas Experienciales**

Pueden también denominarse ‘técnicas emotivas’ por la importancia del compromiso emotivo que incluyen (Cid, 2009). Tienen como objetivo activar las emociones conectadas con los esquemas y habilitar al paciente mediante la descarga del dolor temprano, para así satisfacer de manera parcial las necesidades emocionales no cubiertas. Esto permite al paciente no sólo creer que los esquemas son falsos, sino también sentir que emocionalmente lo son. Young et al (2003) propone las siguientes estrategias:

Estrategias de imaginación -o dramatizaciones-:

Las actuaciones, usando los recursos del psicodrama (Moreno, 1975) (Blatner, 1996) (Blatner & Blatner, 1988) permiten la implicación emotiva necesaria para actuar sobre los esquemas.

- Diálogos. Pueden ser con las personas que originaron sus esquemas disfuncionales. Además, puede ser útil para expresar sentimientos, por ejemplo, la ira puede servir para confirmar sus derechos, pero en un segundo paso se recomienda seguir con este recurso para lograr la integración, la comprensión de la situación, la liberación de la culpa y mejorar el nivel de auto estima del paciente.

- Re-actuación parental. En esta estrategia, el terapeuta solicita entrar en la escena imaginada y así brinda la contención o reparación desde el lugar del padre o simplemente desde el ‘adulto saludable’. Luego lo hará el mismo cliente,

intercambiando roles, inicialmente con la ayuda del terapeuta. Estos diálogos del paciente 'niño' con el paciente 'adulto', o del paciente con 'el anciano sabio' han sido largamente utilizados por el psicodrama y por otras escuelas como la gestalt, durante más de 50 años con excelentes resultados.

- Recuerdos traumáticos. Este ejercicio brinda en primer lugar la liberación de los sentimientos hasta ahora bloqueados para lograr su lenta aceptación e integración, a veces en sucesivos pasos con reiteradas experiencias. En segundo lugar, brinda la posibilidad de integrar la acción reparadora del 'adulto saludable' como se explicó en el ejercicio anterior.

- Modificación de patrones. Imaginarse actuando en formas alternativas, diferentes a sus pautas disfuncionales es una preparación, un ensayo de menor riesgo, para poder hacerlo luego con mayor nivel de riesgo en la vida real. Primero la imaginación, luego la dramatización y finalmente la vida real, son grados crecientes de 'riesgo' para lograr vencer progresivamente el miedo a las nuevas conductas.

### **Técnicas conductuales.**

En esta etapa se trabaja para modificar las conductas disfuncionales pertenecientes a los estilos de rendición, evitación o sobre-compensación del paciente, para que puedan ser reemplazados por estilos de afrontamiento más saludables.

Cuando se considera que el cliente ha aprendido a reconocer sus esquemas inadaptados, a entender sus orígenes y a entablar con ellos las discusiones para vencerlos, racional y emotivamente, puede entonces encarar esta etapa final de modificación de sus respuestas inadaptadas, la cual se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Hacer la lista de conductas. Se elabora una lista de todas las conductas que merecen ser objeto de cambio. Para ello se trata de analizar distintas áreas de la vida, como el trabajo, las actividades sociales, las relaciones íntimas, etc. ya que cada una puede desarrollar distintos esquemas y/o distintos estilos de afrontamiento. Esto requiere una descripción detallada de cada situación y conducta, para lo cual a veces puede no ser suficiente la que haga espontáneamente el paciente, que puede estar distorsionando u omitiendo cosas.

La observación de sus conductas con el terapeuta, lo que surja de ejercicios de imaginación -o dramatizaciones- de situaciones disparadoras y lo que otros allegados al paciente informen, son recursos posibles para asegurar una correcta y completa descripción de las conductas disfuncionales a encarar.

- Elegir la conducta a modificar. Ordenadamente se decidirá cuál será la primera conducta a abordar en primer lugar. Como guía general se recomienda elegir primero una conducta claramente determinada, en vez de plantear 'cambios generales de vida'. También es aconsejable comenzar con la que mayores problemas cause al cliente, la que más interfiere con sus metas o deseos, la que mayores deseos o motivos tenga para cambiar. Esto siempre que no resulte demasiado difícil o extenuante para este cliente el trabajo de modificarla.

Generar la motivación necesaria. Sin la motivación necesaria el paciente no realizará el esfuerzo. Para lograrla paciente y terapeuta pueden trabajar en realizar una lista de ventajas y desventajas de seguir con la misma conducta y de cambiar la conducta.

- Implementar los recursos de cambio más eficaces. Para este proceso existen todos los recursos conocidos y habituales de las terapias cognitivas conductuales. Algunos de los más eficaces suelen ser: las tarjetas de afrontamiento (flash cards), el ensayo de la nueva conducta en ejercicios de imaginación -o en dramatizaciones-, la asignación permanente al final de cada sesión de tareas a realizar y la revisión de la realización de esas tareas al comienzo de la siguiente sesión.

- Trabajar con los obstáculos. Cuando el paciente no hace las tareas, lo fundamental es investigar los motivos para vencerlos. Puede haber causas externas, como acontecimientos imprevistos, una planificación poco clara o precisa, tareas excesivamente difíciles, etc. Pero también puede haber causas internas, como pensamientos, supuestos, esquemas, etc. del paciente referentes a la tarea, a la terapia o a sí mismo que fueron subestimadas o no tenidas en cuenta.

## **Técnicas interpersonales.**

La relación terapéutica es un elemento de gran importancia en este tipo de trastornos. Young et al (2003) consideran que en la relación terapeuta-paciente de la Terapia de los Esquemas hay dos elementos característicos:

- La confrontación empática. Debatir los conceptos y puntos de vista del paciente desde un punto de vista empático, entendiendo sus motivos, sintiendo lo que él siente, 'poniéndonos en su lugar'. Es decir, la confrontación empática implica expresar la comprensión de las razones por las que mantienen el esquema los pacientes, mientras que simultáneamente se les confronta la necesidad de cambio.

- La re-actuación parental limitada. Actuar en la forma que hubiera necesitado ese paciente que actúen sus padres y cuya falta consideramos que es la causa de sus esquemas disfuncionales. En otras palabras, brindarle al paciente dentro de la relación terapéutica las necesidades emotivas insatisfechas de la infancia causantes de sus esquemas tempranos inadaptados. En este sentido, puede decirse que el terapeuta se convierte en una figura parental transitoria, pero distinta a la original con respecto a las características causantes del trauma. El terapeuta tratará de actuar de manera claramente diferente a la causante del esquema., tratando así de desarrollar antídotos ante la activación de los esquemas. Finalmente cabe aclarar que hay que estar preparado para la hostilidad del paciente, el criticismo, los enfados, la desgana, la inhibición, etc.

En síntesis, la fase de cambio es un proceso centrado en la relación terapéutica, en el cual se intenta crear una cierta distancia, primero cognitiva y después emocional, que permita realizar una re-valoración del sí mismo o autoconcepto, y a su vez, dé lugar al aprendizaje y uso de estrategias que posibiliten un manejo emocional y conductual de las necesidades de la persona que le permitirá una mejor adaptación interpersonal, familiar y social.

## **RESULTADOS OBTENIDOS.**

En esta parte del reporte se presentará el caso de una paciente menor de edad, con la cual tuve la oportunidad de llevar a cabo y en forma la Terapia Cognitivo Conductual, aplicando las aportaciones de los autores Albert Ellis, Jeffrey Young y Aaron Beck, así mismo se describen los datos generales de la paciente como la ficha de identificación, el motivo de consulta y los antecedentes relevantes que llevaron a desarrollar el trastorno de la menor. Es importante resaltar que el caso que presento es por dos razones, la primera es porque fue el caso que desarrolle en el diplomado de adolescentes y niños en Terapia Cognitivo Conductual y en segundo lugar porque fue una paciente constante en sus citas y con disposición de trabajar y cooperar en las actividades.

### **CASO**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

NOMBRE: K

SEXO: F

EDAD: 11 años 6 meses

ESCOLARIDAD: 6° grado de primaria

RELIGIÓN: Testigo de Jehová

LUGAR DE NACIMIENTO: Ecatepec, Edo Mex.

NOMBRE DEL PADRE: Julio

NOMBRE DE LA MADRE: Pilar

NÚMERO DE HERMANOS: 1 hermana.

POSICIÓN QUE OCUPA: Primero.

FECHA DE EVALUACIÓN: Enero del 20016.

EXAMINADOR: Alma Delia Guerra López.

### **Motivo de consulta.**

La paciente acude a consulta con su madre, quien refiere que K a sus 11 años aún hace berrinches, se molesta con facilidad, en el momento es grosera tanto con ella como con su padre y hermana, esto comenzó hace seis meses debido a que se mudaron de una casa propia a la del abuelo materno debido a la muerte de su abuelita. La señora refiere que le inquieta la conducta que está presentando la pequeña, pues no saben cómo tratarla ni el motivo de su comportamiento. La mamá de la consultante desea que el comportamiento de su hija cambie con la atención psicológica, expresa que la situación está causando conflicto en la familia, pues la armonía familiar se ve afectada.

### **Antecedentes inmediatos al motivo de consulta.**

La madre refiere que cuando K tenía dos años nació su hermana (Brenda), en este tiempo la niña se sentía desplazada por la hermana, lo manifestaba con cambios de comportamiento, hacía berrinches, se interponía entre sus padres y la bebe para que no estuvieran cerca o la pudieran cargar, si se daba cuenta que tenían a su hermana en brazos comenzaba a jalarle la cobija en señal de protesta para que la dejaran en la cama. Los padres de K al percatarse del problema acudieron con una Psicóloga quien la estuvo tratando hasta que se resolvió el problema.

La señora P comenta que vivieron en casa de sus padres hasta que K cumplió 5 años, durante este periodo K quedó al cuidado de su abuelita porque su mamá trabajaba. También comenta que “la abuelita cuidaba con amor a K, la alimentaba, jugaba con ella, la llevaba a la escuela y le ayudaba a hacer tareas escolares, acudía a los festivales”. A su hermana la llevaban a la guardería para que no se le cargara el trabajo a la abuela. Como se mencionó antes cuando K tenía 5 años se mudaron a Tecámac, Estado de México, a una casa propia que la obtuvieron por medio de INFONAVIT, la niña acudió al preescolar y parte de la primaria en ese municipio, donde hizo amistades y se sentía a gusto por tener un espacio propio. K disfrutaba las visitas a casa de sus abuelos pues las atenciones hacia ella por parte de su abuela eran iguales que cuando viva con ella.

Hace un año regresaron a la casa de los abuelos paternos porque su abuelita murió debido a que tenía una hernia encarnada en el intestino, además de insuficiencia hepática. K refiere que una noche su abuelita se puso mal de salud, entonces la llevaron a internar al hospital # 96 de IMSS donde permaneció en terapia intensiva durante una semana, los médicos la reportaban en estado de salud delicado, no permitían visitas, solo un adulto podía acudir en horario específico a recibir informes, desafortunadamente la abuelita murió en el hospital y K no pudo despedirse de ella, no pudo decirle cuanto la quería o expresarle su deseo por verla sana y fuera del hospital. . El deceso de la señora causó en K tristeza, lloraba constantemente, por algunos días no fue a la escuela, dejó de tomarle importancia a las cosas, se sentía desganada, pensaba que ya no tendría a su lado a la persona que más la quería y le daba amor, ya no tendría con quien platicar las cosas que le pasaban tanto en su familia como en la escuela y que nadie la iba a querer como lo hizo su abuelita.

Al poco tiempo, el abuelito de K empezó a tener problemas de salud, su hija (la señora P) no quiso dejarlo en esa situación y decidió que era mejor que se regresaran a vivir otra vez a casa de sus padres para poder cuidar de él, en un principio K no presentó problemas, hasta hace seis meses que volvió a hacer berrinches.

La consultante comenta que: *extraña su casa por todos los buenos recuerdos que vivió por un poco más de 5 años, también extraña su espacio en donde podía correr, gritar, jugar, hacer cosas que en la casa de su abuelo no puede, pues ahí tiene que permanecer callada, tranquila, además de que también extraña a sus amigos, y la escuela a donde acudía, piensa que sus padres le quitan lo que más quiere, cree que no es justo la decisión que tomaron sus progenitores al mudarse a una casa que no es suya. Dice que cuando se acuerda de su casa y amigos se pone triste y siente un hueco en el estómago que después se manifiesta con dolor.*

Por otro lado, la niña expresa que *su mamá quiere más a su hermana Brenda de 9 años que a ella, cuando le pide a su mamá ayuda para alguna tarea le contesta que está ocupada, que cuando termine ira a ver que se le ofrece y por el contrario cuando su hermana le pide ayuda a la mamá, ésta acude de inmediato al llamado*

*de la hermana para ver que se le ofrece. También refiere que su mamá no es cariñosa con ella, que le pide un abrazo y un beso y su mamá no se los quiere dar y que a ella le encantaría que su mamá le demostrara que la quiere. El comportamiento de su madre hacia la hija menor es diferente, pues K comenta que B (hermana) si recibe amor de su madre.*

*K refiere que la relación con su hermana no es buena, ambas toman acuerdos de la forma en como jugaran, la paciente dice respetarlos y que su hermana no los respeta, le da la queja a su madre y la señora no da solución favorable para K, entonces ella se molesta. Esta situación es uno de los factores por los cuales hace berrinche, dice que no le parece justo la actitud de su madre y por eso reacciona de esa forma. Otro problema que se presenta en la relación de hermanas, es que, B no realiza sus tareas escolares correctamente, K trata de ayudarla y su hermana no se lo permite, la actitud de su hermana le hace pensar que K no le cae bien a B. La señora P opina en este asunto que no le hace más caso a B, lo que pasa es que con K todo el tiempo nos estamos peleando, me es difícil comunicarme con ella, y cuando hace berrinche la verdad yo me enojo, le grito y en ocasiones la he golpeado.*

*La paciente comenta que aparte de su abuelo vive una tía (hermana de la mamá) que a veces es cariñosa con ella y la defiende de los regaños de su mamá. Pero que la mayoría de las veces esta de malas y ha escuchado que su tía le reclama a su abuelito el que K y su familia estén viviendo ahí, cuando muy bien podrían estar solos, eso la hace sentir incómoda.*

*Cuando K pasa por un problema piensa en que no estuvo bien lo que hizo, sobre todo cuando hace enojar a su mamá, se pone triste, también piensa que no tiene buena actitud con las personas con quien vive.*

### **Examen mental.**

Se trata de paciente femenino de edad aparente similar a la referida, con un aspecto general adecuado, su postura es encorvada, su marcha es lenta. Se presenta aseada, viste ropa propia de la edad en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Durante la entrevista se muestra cooperadora, estableciendo poco contacto visual



con la entrevistadora, la mayoría del tiempo su vista la enfoca a sus manos que permanecen entre sus piernas. Buen manejo del lenguaje, así como la pronunciación y conjugación de verbos, aunque con entonación un poco deprimida y con tiempos de reacción un poco prolongados, se observa llanto al hablar de recuerdos dolorosos. Su discurso es coherente-congruente. Alerta, orientada globalmente, con buenos periodos de atención y concentración. Niega alteraciones en la sensopercepción y muestra buen juicio social, adecuados procesos de pensamiento. Reconoce sentirse deprimida, niega pensamientos de ideas de muerte. Con nula conciencia de enfermedad, niega tener toda la culpa de los problemas familiares.

## **HISTORIA BIOGRÁFICA.**

### **Historia del nacimiento.**

K es producto de primera gesta, desde el primer mes de embarazo su madre estuvo en observación por problemas de preclamsia, el embarazo fue de alto riesgo, no llegando a los 9 meses sino a los 7 por complicaciones de la preclamsia, la pequeña estuvo hospitalizada durante un mes en el área de prematuros, al nacer su peso fue de 1, 525 kilogramos y midió 41 centímetros, hubo anemia y recibió tratamiento por dos meses para mejorar este cuadro de salud. La señora P tenía 30 años en el embarazo, lo refiere como complicado. La alimentación no pudo ser con leche materna debido a que estuvo internada y tenía anemia, por tal motivo tenía que llevar una alimentación más completa en nutrientes para sobreponerse a la anemia.

### **Historia del desarrollo infantil.**

Durante los primeros meses de vida la paciente fue alimentada con leche en polvo por medio de biberón, al cumplir 5 meses empezó a ingerir papillas elaboradas por su madre. El control de esfínteres lo alcanzó a la edad de 4 años, misma edad en la que dejó el biberón. El gateo comenzó a los 6 meses, logrando caminar al 1er año de edad. La mamá de K reporta que en esta etapa la niña tuvo problemas en los ojos, le salían abscesos y eran controlados con antibióticos, se enfermaba constantemente de la garganta. También comenta que tal vez por ser enfermiza lloraba constantemente.

### **Historia de la infancia temprana.**

La situación económica no es buena, pues el padre trabaja como empleado en una empresa, con sueldo mínimo, por ese motivo hay carencias de las necesidades básicas como son alimentación, vestido, calzado y diversión. La relación con el padre es buena, no siendo así con la madre, hay conflictos frecuentemente entre ellas, la relación con su hermana no es buena pues se siente desplazada por ella. La convivencia con la gente es buena, le gusta platicar. No tiene preferencia por algún género, interactúa igual con hombres o mujeres.

### **Historia escolar y niñez tardía.**

La actividad escolar empezó a los 4 años en el preescolar, fue a dos escuelas de gobierno, la primera en Ecatepec y la segunda en Tecámac. A los 6 años ingresa a la primaria, cursando de Primero hasta Quinto año en una sola escuela pública, en el municipio de Tecámac. El Sexto grado lo cursa en Ecatepec, también en escuela pública. En el último año de primaria, la convivencia con los compañeros no es buena debido a que no los conocía, ellos ya tenían su forma de integrarse y la veían como a una persona rara y ajena a ellos. Por los pocos recursos económicos de la familia, no tiene la posibilidad de acudir a algún deporte o actividad manual fuera de la escuela. Su desempeño académico es aceptable lleva 9 de promedio, acepta que le ha costado integrarse a la nueva escuela, no hay reproche de los padres en cuanto al desempeño académico.

Existen factores de importancia en esta etapa como la muerte de su abuela materna, cambio de domicilio y escuela, además de amistades.

### **PRUEBAS APLICADAS.**

Las siguientes pruebas se aplicaron para conocer el entorno familiar de K, en sentido si existe o no dificultades con los padres, hermana, abuelo y tía, así como saber si la maduración va de acuerdo a la edad y si su autoestima no está afectada.

- TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR BENDER.
- DFH.
- DIBUJO DE LA FAMILIA.

## **RESULTADOS.**

### **Test gestáltico visomotor bender.**

Puntaje 0, edad madurativa 10-11.

La edad madurativa de K corresponde a la edad mental, no hay sospecha de daño orgánico.

### **Pruebas proyectivas.**

En las pruebas proyectivas se puede observar impulsividad en K, lo que se puede constatar con su conducta al actuar espontáneamente sin premeditación y planeación ante un conflicto con la familia, así como carecer de control de impulsos, lo que la lleva a hacer berrinches, enojarse y ofender a las personas que la rodean. También se refleja ansiedad por las acciones que tiene. Se percibe que en la familia existen reglas, que hay barreras e impedimentos para hacer lo que a ella le gustaría, hay unión en los miembros adultos de la familia, existe un cierto distanciamiento con su madre e incluso su presencia se interpone entre su madre y hermana, haciendo énfasis en que ella fue la primera hija.

## **CONCLUSIONES.**

En las pruebas realizadas, K muestra poco control de emociones lo que la lleva a reaccionar así ante un conflicto, se deja llevar por el enojo y éste ocasiona que su comportamiento sea agresivo ante las personas que le causan ese enojo. Al no poder controlar el enojo tiene como consecuencia que no encuentre la forma adecuada de solucionar un problema.

## **RECOMENDACIONES.**

Se le recomienda a K trabajar en sus errores de pensamientos, se le explica el modelo A, B, C de Albert Ellis y como puede encontrar nuevas propuestas de B y C, se le enseña a que identifique sus emociones y que le pasa tanto físicamente como conductual al momento de sentir enojo o tristeza, y de qué manera puede hacer a un lado estas emociones que la llevan a realizar conductas no adecuadas. Se enseña a K a evaluar consecuencias negativas y positivas ante un problema para que seleccione la mejor para obtener un resultado conveniente. También se le

recomienda realizar ejercicios de respiración en momentos de enojo para que se sienta tranquila.

A la señora P se le recomienda que cuando exista un conflicto aplique el tiempo fuera para evitar incrementar el enojo en ambas. Y demostrar muestras de cariño hacia la niña.

### **MARCO TEORICO DE DIAGNOSTICO.**

De acuerdo a lo examinado en K se diagnostica que está pasando por un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo moderado. Las características que presenta son las siguientes: La madre observa accesos de cólera en forma verbal y rabietas en K frecuentemente, aproximadamente 3 veces a la semana, estas características han durado 6 meses y se presentan en el hogar.

#### **Depresión.**

Durante mucho tiempo se había negado la existencia de la depresión en niños, hasta que en 1975 fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica. Este trastorno trata de una emoción negativa que impide a las personas que la sufren disfrutar de la vida. Y aunque antes se negaba, ahora aun siendo difícil de entender y aceptar, se reconoce que la depresión incluye también a los niños, actualmente se ha demostrado la presencia de trastornos de carácter de morbilidad y mortalidad en niños y adolescentes asociados los trastornos depresivos, lo que provoca preocupación pues antes solo se reconocía su inicio en la edad juvenil (American Psychiatric Association, 2000; Jellinek y Snyder, 1998; Barrio 1997).

La primera descripción que se tenía acerca de la depresión era la de Spitz, en donde el autor detallaba por lo que estaba pasando un niño con este trastorno, una definición globalizadora de la depresión infantil y adolescente podría ser: Cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentaciones de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta (del Barrio, 2002).

A la aportación de Spitz, solo le faltaría los síntomas cognitivos, que lógicamente no podían aparecer al ser una observación sobre niños de un rango de edad tan temprana, no hay novedades respecto al concepto, ni tampoco en los distintos marcos teóricos que explican la depresión. El único matiz innovador es que el auge del estudio de la emoción en los últimos años ha acentuado como la concepción de la depresión como un afecto negativo, procedente de la emoción básica de miedo, frente a concepciones más cognitivas del pasado inmediato, ya que en el niño es notorio o manifiesto el carácter emocional de la Depresión Infantil. (del Barrio, 2007; Costello, Erkanli, & Angold, 2006).

### **Factores de riesgo.**

Es conveniente resaltar que los niños se enfrentan a diferentes factores que repercuten en la depresión, tales como:

***Los primeros factores serían los de riesgo:*** Se refiere a la combinación de factores que coadyuvan a la aparición de la perturbación. Estos factores pueden ser de carácter personal, lo que se suele llamar vulnerabilidad y otros pueden proceder del mundo circundante. Los factores de riesgo no actúan cada uno por sí solo, sino asociados, facilitando así la aparición o no de una perturbación determinada.

La separación materna, los desengaños amorosos, la pérdida de fortuna., la muerte de un ser querido y las catástrofes son los desencadenantes inmediatos más habituales. Estos desencadenantes actúan sobre los sujetos que están sometidos previamente a factores de riesgo que los hacen más vulnerables que a otros individuos considerados resistentes.

El desencadenante clásico, y el más estudiado, de la tristeza es la separación de la madre en la primera infancia. Se estima que eso ocurre en un porcentaje considerable de niños. Usando como evocador la “separación materna”, se encontró que el 37% de los niños reaccionó con tristeza, mientras que el 58% lo hizo con ira, dos respuestas diversas, pero no antagónicas ante el mismo desencadenante. Sin embargo no hay que olvidar que el criterio de la irritabilidad (ira) puede ser síntoma de depresión en el caso de los niños jóvenes.

El segundo factor se conoce como intrasujeto: Entre los factores personales se encuentran aquellos que de alguna manera dependen del sujeto, aunque es evidente que no se puede negar su carácter interactivo, también es patente que las condiciones básicas de esa interacción están condicionadas por esas características personales que son el sistema de recepción y reacción previas, propias y características de cada sujeto, las dos fundamentales son el temperamento y la personalidad que dan paso al surgimiento de otras dimensiones personales tales como la autoestima y la autoeficacia, entre otras.

El temperamento se refiere a fenómenos de naturaleza emocional característicos de un sujeto que incluyen su susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza de sus hábitos, la rapidez de sus respuestas, la calidad de su carácter, ánimo o efecto y todas las particularidades de la fluctuación e intensidad del ánimo; estos fenómenos se consideran como dependientes de la constitución y de origen hereditario.

Allport (1937) concibe al temperamento como una manera de reaccionar emocionalmente, donde la intensidad y la calidad de esa respuesta constituyen los distintos tipos de temperamento. Su base es orgánica y se transmite hereditariamente. Por ello los estudios de temperamento han mostrado, consistentemente, una relación entre éste y los problemas emocionales y de conducta. El estudio de esta conexión con ciertas características temperamentales ha sido una constante. Estas respuestas temperamentales emocionales son precisamente, las que pueden dar lugar a la aparición de la depresión desde un punto de vista personal. Se considera que la huida es uno de los factores temperamentales más frecuente e intensamente relacionado con la aparición de la depresión.

Concluyendo, se puede sostener que el temperamento inhibido, la timidez y la ausencia de sentimientos positivos son los elementos temperamentales más frecuentemente correlacionados con la aparición de la depresión en los niños y adolescentes.

En cuanto a la personalidad, el ejemplo más visible es la obra de Eysenck que mantiene la asociación de los factores de personalidad de neuroticismo e introversión como la base explicativa de los distintos trastornos, y además como una base somática que es la que realmente mantiene la proclividad a desarrollar diferentes tipos de trastornos y, naturalmente, también la depresión.

La autoestima es otro factor intrasujeto, en donde Piaget señalaba que los niños generan el autoconcepto muy precozmente, a los dos años. A ello coadyuvan dos procesos: En primer lugar, el de consciencia de oposición ante el otro, que se forma en la resistencia del mundo a sus deseos, en segundo lugar, a partir de los indicios que sobre ellos mismos oyen a los adultos de su entorno próximo.

Por otro lado el autoconcepto ha sido considerado como el antecedente lógico de la autoestima, puesto que es necesario tener una cierta consciencia de sí para poder llegar a generar un juicio estimado sobre uno mismo. Por eso el tipo de autoconcepto se halla ligado a la depresión y en esa relación actúan como mediadores otros factores tales como clase social y clima familiar que forman una especie de conglomerado positivo en unos casos y negativo en otros (Lau, 2000). En el mundo infantojuvenil se ha encontrado que la autoestima depende, aún más frecuentemente que en el mundo adulto, de la opinión de los otros ya que éstos tienen un mayor nivel de dependencia que incrementa los niveles de inseguridad en sí mismos, lo que les hace más vulnerables a la opinión de los otros y, cuando esta es negativa, se hace más probable que aparezcan niveles más altos de depresión (Little y Garber, 2000). La autoestima es tan crucial que su ausencia se considera como el síntoma esencial de la depresión.

La autoeficacia es el penúltimo factor intrasujeto: Consiste en la capacidad de un individuo de considerarse apto para resolver los problemas que le plantea su entorno. Si el sujeto se percibe eficaz la consecuencia es una gran seguridad en sí mismo. Por el contrario, la percepción de incompetencia incrementa la probabilidad del fracaso y éste se muestra estrechamente ligado a sentimientos negativos y deprimentes. Parece que la capacidad y habilidad de poder manejar y expresar las emociones negativas correlaciona negativamente con la depresión, esto quiere

decir que enseñar a ser competente en el control de la emoción puede ser una vía eficaz en la prevención de la depresión.

Como último factor intrasujeto se encuentran los estilos cognitivos, en donde los adolescentes que tienden a emitir juicios negativos sobre cosas que objetivamente son neutras o positivas están en una situación de desventaja y son más vulnerables para desarrollar una depresión.

**II Factores sociales:** Son de naturaleza múltiple y muchos de ellos provienen no del sujeto sino del entorno que introduce desajustes en la respuesta emocional del sujeto. En seguida se hablará de algunos de estos factores.

**a) Familia:** La familia mediatiza la estimulación que llega a un sujeto y configura sus respuestas y sus primeros hábitos, Los niños hablan, piensan y sienten lo que la familia comunica y también otras conductas más periféricas como su forma de vestir, de jugar y de comer, una parte muy considerable de su conducta está mediatizada por la educación recibida en el seno familiar. Es verdad que esta influencia en estos momentos es menor que nunca, porque los niños van muy precozmente a la escuela y todavía no se ha calibrado suficientemente la influencia de este fenómeno en la conducta infantil, puesto que las emociones se forman fuertemente en los primeros años de vida. De hecho las emociones tienen un papel muy relevante en la configuración de la socialización del niño y están muy fuertemente ligadas a la primera infancia y al clima afectivo familiar y por lo tanto a la depresión.

Si hay agresión paterna se elevan tanto los niveles de ansiedad como los de depresión, esencialmente en la adolescencia, en donde las emociones negativas se incrementan de por sí y en circunstancias adversas todavía más (Schwartz, Dubgeon, Sheeber, Simons y Alien, 2002).

**b) Apoyo social:** Estudios longitudinales han demostrado el efecto beneficioso o perturbador en función de la presencia o ausencia del apoyo familiar en los niños y en su mayor o menor capacidad de adaptación, especialmente en lo referente al mundo emocional y a su posterior adaptación social (Zimmerman, Ramíres, Zaper y Maton, 2000).



Otros autores especifican las diferencias que el apoyo paterno tienen en diferentes etapas adolescentes; en la adolescencia temprana éste es percibido más frecuentemente que en la adolescencia media y el apoyo de amigos es más intensamente percibido por las niñas que por los niños; los efectos del apoyo paterno son positivos, no sólo con respecto a la depresión, sino también en el fomento de las relaciones con los compañeros, en este mismo trabajo se ha encontrado que los efectos negativos de la falta de apoyo de los compañeros actúan fundamentalmente sobre los sentimientos de soledad, mientras que la ausencia del paterno actúa sobre la depresión (Tian, Chen, Wang, Liu, Zang, 2012). Se ha subrayado como la depresión en la adolescencia se dificulta en las relaciones no sólo entre amigos sino también en las amorosas, esto se convierte en una fuente de insatisfacción que alimenta, a su vez, la depresión convirtiéndose en un proceso de realimentación que consolida la situación (Vujeva y Furman, 2011).

En resumen, la ausencia de apoyo social y familiar produce desadaptación social en el sujeto y ello conlleva fracaso escolar, rechazo de los otros, implicación en actos sociales y agresivos (Yu, Jerres, 2011). Esto es lo que produce la frecuente aparición de conductas poco adaptadas socialmente en los niños y adolescentes deprimidos.

**c) Clase Social:** Es otro elemento a tener en cuenta ya que consiste en el ambiente mediato en el que el niño y su familia se encuentran. Desde los primeros estudios en este campo se advierte una mayor incidencia de la depresión infantil y juvenil en clases sociales bajas. La mayor incidencia en las clases sociales deprimidas suelen interpretarse como una mayor acumulación en ellas de un número superior de factores de riesgo, y por tanto este tipo de población sufre un mayor número de acontecimientos negativos con sus siguientes mayores niveles de estrés, y también se conjunta con un menor número de recursos para afrontar los problemas, tanto materiales como mentales (Wickrama, Conger, Lorenz y Yung, 2008).

**d) Acontecimientos negativos:** En el entorno se puede producir toda clase de acontecimientos negativos, estos suponen un estrés para aquel que lo experimenta. La neurobiología de la emoción ha descubierto las bases para la explicación de esta

relación. Tanto los adultos como los niños que sufren estrés experimentan unos cambios neuroendocrinos consistentes en una hiperreactividad de corticotropina que a su vez incrementa cambios neurobiológicos asociados a la aparición de una reacción emocional negativa que convierte en los sujetos a más vulnerables y, por supuesto, ello puede dar origen a la aparición de la depresión (Heim y Nemeroff, 2001).

Hay evidencias de que los niños sometidos a repetidas experiencias negativas generan una mayor inclinación a desarrollar depresión y ansiedad. Además esto parece también un mayor número de enfermedades por la alteración del sistema inmune y asociados a ello esa mayor probabilidad de aparición de enfermedades en los depresivos.

Los estudios empíricos constatan que tanto la cantidad como la intensidad de acontecimientos negativos correlacionan positivamente con depresión. Parece demostrado que acontecimientos negativos que implican pérdida son los que se relacionan más fuertemente con la depresión mientras que aquellos que suponen un reto o peligro se asocian a la ansiedad.

Es importante también el abuso que proviene de los compañeros su otra fuente de apoyo. Esto es especialmente relevante en el contexto escolar en donde los niños y adolescentes “diferentes” ya sea por diferencia de color, religión, clase social, o simplemente por el modo de vestir, el acento o la talla, pueden ser , y son, acosados por sus compañeros, con los efectos siguientes de fuertes sentimientos de miedo, culpabilidad o depresión y más aún en aquellos casos en los que el apoyo familiar no es muy potente (Isaacs y Salmivalli, 2088, Wickrama, Conger, Lorenz y Yung, 2008).

La enfermedad, la ausencia de los padres, el maltrato y la muerte son los acontecimientos que más frecuentemente producen esta reacción, pero también fenómenos de más baja intensidad como exclusión por parte de los compañeros, cambios de escuela, de ciudad o en la configuración de la estructura familiar. Todos estos factores producen una vulnerabilidad a desarrollar depresión, pero a su vez, ella misma, es un factor de riesgo importante para la conducta suicida puesto que

es más del 50% de los sujetos con intentos o logros de conducta suicida corresponde a sujetos deprimidos (Acosta, Milan y Viña, 2011).

**III Factores Protectores:** Las fortalezas fundamentales: el amor, la buena comunicación, el apoyo, la implicación en la crianza, la aceptación y la legislación flexible, son características de la crianza que más protegen al niño y adolescente de la aparición de un trastorno depresivo.

### **SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN DEL NIÑO MAYOR (5 A 13 AÑOS).**

- Conductas de autodepreciación, autodevaluación, así como sufrimiento moral expresado en frases como “no puedo más”, “no soy capaz”, “estoy cansado”, “no sé”.
- Comportamientos vinculados a la protesta y a la lucha contra los sentimientos depresivos.
- Episodios de cólera, impulsividad y agresividad, hurtos repetidos, mentiras y/o comportamientos mitómanos y fugas.
- Fracaso escolar.
- Desadaptación en su entorno.

En el apartado anterior se explicó la Terapia Cognitivo Conductual y los autores más relevantes de esta corriente. A continuación, se presenta el caso de K desarrollado en cada autor.

### ALBERT ELLIS MODELO ABC

<b>MODELO ABC</b>		
<b>A</b> ESTIMULO ACTIVADOR (externo o interno)	<b>B</b> IDEAS IRRACIONALES	<b>C</b> CONSECUENCIAS
Conflictos con su hermana	Es egoísta. Sólo quiere jugar a lo que a ella le gusta. No le gusta escuchar mis consejos. No le caigo bien a mi hermana.	<b>Emocionales:</b> Enojo Tristeza.  <b>Conductuales:</b> Berrinche  <b>Fisiológicas:</b> Dolor de estómago. Cuerpo caliente
Cariño de la madre	Quiere más a mi hermana que a mí. A ella le hace más caso	<b>Emocionales:</b> Enojo.  <b>Conductuales:</b> Berrinche.  <b>Fisiológicas:</b> Dolor de estómago. Cuerpo caliente.

## AARON BECK TERAPIA COGNITIVA.

### DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA (BECK)

<b>DATOS RELEVANTES DE LA INFANCIA.</b>
Nacimiento de la hermana cuando tenía dos años. Era cuidada por su abuela materna, le daba amor y al enfermarse murió.
<b>PRESUNCIONES/ CREENCIAS/ REGLAS CONDICIONALES.</b>
Le caigo mal a mi hermana. Mi mamá quiere más a mi hermana que a mí. Que no tiene buena actitud con las personas.
<b>CREENCIAS CENTRALES</b>
Nadie la querrá como su abuela. El amor que brindan las abuelas es único e incomparable.

<b>ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS</b>
Actitud que tiene hacia su familia. Berrinches.

SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 3
Muerte de la abuelita.	Mudarse a la casa de su abuelo	Relación con su hermana.
<b>PA</b> Nadie me querrá igual	<b>PA</b> Me quitan mi espacio, mi intimidad, mi privacidad.	<b>PA</b> Mi hermana es egoísta.
<b>SIGNIFICADO DEL PENSAMIENTO AUTOMÁTICO.</b> Solo mi abuela me daba el amor que necesito	<b>SIGNIFICADO DEL PENSAMIENTO AUTOMÁTICO</b> Cuando me siento querida por alguien me alejan de ellos.	<b>SIGNIFICADO DEL PENSAMIENTO AUTOMÁTICO</b> No le interesa lo que yo quiero.
<b>EMOCIÓN</b> Tristeza, llanto	<b>EMOCIÓN</b> Tristeza, hueco en el estómago.	<b>EMOCIÓN</b> Enojo.
<b>CONDUCTA</b> Desganada.	<b>CONDUCTA</b> Callada, tranquila.	<b>CONDUCTA</b> Berrinche.

## **JEFFREY YUONG. TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS.**

### **ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS (YOUNG)**

**Dimensión:**

Dominio: Desconexión, Desunión y rechazo.

Esquema: Abandono/ inestabilidad.

**Dimensión:**

Dominio: Desconexión, Desunión y rechazo.

Esquema: Privación emocional.

**Dimensión:**

Dominio: Deterioro de la autonomía y la actuación.

Esquema: Enredarse sin desarrollo propio.

## TECNICAS APLICADAS EN K.

El tratamiento que se le dio a Karla fue de 10 sesiones, las cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Sesión	Técnica	objetivo	resultado
1 Identificando errores de pensamiento	Aprende a identificar los errores de pensamiento. Mediante esta técnica el paciente identifica los siguientes errores que está presentando: El aguafiestas (las gafas negativas, lo positivo no cuenta. Agrandar las cosas (pensar en términos de todo o nada, magnificar lo negativo, el efecto bola de nieve). Predecir que las cosas nos van a salir mal (leer el pensamiento, adivinar el futuro). Los pensamientos afectivos o muy sentidos (el razonamiento emocional, las etiquetas demoledoras). Sentar las condiciones para asegurarnos el fracaso (la culpa la tengo yo)	Ayudar al niño a detectar los pensamientos negativos e identificar las modalidades más frecuentes de distorsiones cognitivas que puedan cometer.	Esta técnica fue de mucha ayuda ya que K identifico cuales pensamientos los tenía presente la mayoría del tiempo y así ir trabajando con ellos para que no dieran más vuelta en su cabeza y dejara de sentirse mal.
2. Identificar creencias nucleares	Técnica de la flecha descendente con el “¿Y entonces qué?” Después de cada afirmación, al niño se le pregunta “¿Y qué? En el caso de ser verdad, ¿qué podría significar o querer decir eso aplicado a ti?”, hasta llegar a identificar la creencia nuclear.	Identificar las ideas fijas que se tienen de uno mismo.	Esta técnica fue útil para demostrarle a K que hay una idea principal que lleva a otra y si se evita la creencia central las demás no se presentan.

3. Identificar pensamientos automáticos	Diario de pensamientos y sentimientos, ofrece la estructura idónea para registrar los pensamientos “candentes” y vincularlos con las correspondientes reacciones emocionales. Es un registro que el niño tiene que hacer a diario sobre sus pensamientos automáticos. Esta actividad se realiza mediante un cuadro con los siguientes datos, día y hora, situación (que, donde, cuando y quien), cuales fueron tus pensamientos, sentimientos (que y como te sentiste).	Detectar los pensamientos que llegan repentinamente a la cabeza a lo largo del día, y que ejerce un efecto de lo que uno hace y como se siente	Mediante este registro K se da cuenta de la cantidad de pensamientos no adecuados surgen durante un día, y entiende que hay que disminuirlos poco a poco.
4. El control de nuestros propios pensamientos	“Detén los pensamientos”, sugiere un procedimiento muy sencillo en base a llevar una liga elástica en la muñeca y tirar de ella para ayudarle al niño a dejar de prestar atención a sus pensamientos negativos y reconcentrar su atención.	Aprender a controlar sus pensamientos disfuncionales.	Esta técnica llevó un tiempo más de lo esperado ya que K presentaba problemas para dejar de tener errores de pensamiento.
5. Como nos sentimos	¿Qué sucede cuando me siento...? Se le pide al niño que identifique qué aspecto tiene su rostro, qué actitud muestra su cuerpo y qué cosas hacen cuando se sienten enfadados, tristes, ansiosos o felices. Después de describir el sentimiento en cuestión, se les pide que valoren la frecuencia	incrementar la conciencia respecto de los diferentes sentimientos y describir las emociones desagradables más frecuentes, como son el estrés, la depresión o la agresividad.	En esta actividad hubo resistencia por parte de la paciente debido a que no reconocía su estado de enojo. Finalmente reconoció que el enfado sólo perjudicaba a su salud. Y de esta manera el resultado fue positivo.



	con la que lo sienten, lo que puede conducir seguidamente a discutir y analizar los pensamientos y actividades asociados.		
6. Cambiar nuestra forma de actuar	La escalera peldaño a peldaño, donde primero se identifican las actividades agradables y a continuación se colocan en orden jerárquico de dificultad. Empezando por lo más fácil, al paciente se le va animando gradualmente a volverse más activo y a subir su escalera en dirección al éxito.	Explicar la forma en que los pensamientos y los sentimientos afectan a la conducta. Se enfatiza la necesidad de volverse más activo y se sugiere la estrategia de aumentar las actividades agradables como un primer paso.	La actividad resultó agradable para K ya que se dio cuenta que había objetivos y metas que quería alcanzar y las había olvidado.
7. Aprender a solucionar nuestros problemas	¿Cuáles serían las consecuencias de mis soluciones? Se le expone al niño un enfoque de solución de problemas en el que se identifican y evalúan las consecuencias positivas y negativas de cada solución, para ayudarlo a encontrar la mejor forma de solucionar su problema.	Identificar posibles soluciones alternativas y analizar anticipadamente las posibles consecuencias, así como revisar algunas de las formas mediante las cuales se puede fomentar la aparición de nuevas habilidades de solución de problemas.	Con esta actividad la pequeña se da cuenta que existen varias soluciones a un problema y que puede escoger la más conveniente, el resultado fue positivo.
8. El control del enojo	“El termómetro del enojo” Se le propone al paciente que en diferentes situaciones aprenda a	Identificar que los enojos son constantes con las personas	La actividad sirve para que k identifique que su enojo llega a ser

	medir la temperatura de su enojo con diferentes escalas. De 0 a 3 muestra tranquilidad, de 4 a 6 hay una situación molesta, pero está bajo control, de 7 a 10 el enojo es fuerte, impide pensar y actuar en forma controlada.	que la rodean y que a veces pueden salir de control y que es posible hacer acuerdos con esas personas.	tan fuerte que actúa de manera inadecuada.
9. Mejorando la relación	“Tiempo fuera” Los padres escogen una habitación donde se llevará a cabo el tiempo fuera cuando se presente una conducta no adecuada por el niño, el lugar debe tener los menos distractores posibles. El tiempo fuera se emplea por medio de la edad del menor representada en minutos, por ejemplo si tiene 5 años se dan 5 minutos de tiempo fuera.	Mejorar la relación entre padres e hijos, respetando sitios y tiempos establecidos.	La técnica no tuvo resultados positivos ya que la niña no obedecía a su mamá a irse al cuarto designado, la señora se enojaba al no ser obedecida y jaloneaba a K y el conflicto en lugar de disminuir aumentaba de intensidad.
10. El control de sentimientos.	“La respiración controlada” Haz una respiración lenta y honda, contén la respiración durante 5 segundos y a continuación expulsa el aire muy lentamente. Mientras inhalas prueba también a decirte en tu interior “relájate”. El hacerlo unas cuantas veces te ayudará a recuperar el control sobre tu cuerpo y a sentirte más tranquilo.	Identificar los sentimientos que está deteniendo o impidiendo hacer aquellas cosas. Aprender a controlar los sentimientos ayudará a superar barreras.	Técnica de gran utilidad que aplicaba K al encontrarse en un problema y que le ayudó a poder controlar el enojo.

Elegir y llevar a cabo las actividades expuestas anteriormente en K, fueron con el propósito de que la paciente identificara sus ideas irracionales acerca del medio y de las personas que la rodean y que fuera capaz de cambiarlas y aprender a

controlar sus emociones, para obtener mejor convivencia con su familia. Los resultados fueron positivos ya que la paciente se dio cuenta que conforme cambiaba su comportamiento había mejor comunicación y convivencia con la familia.

## **DISCUSIÓN.**

El servicio social representa una actividad de suma importancia que permite al alumno universitario, iniciar con la aplicación de sus conocimientos en el ámbito profesional, le da la oportunidad de retribuir a la sociedad mediante la atención a un segmento de la comunidad, el haber recibido una instrucción académica de primera calidad. De igual manera a través del Servicio Social, los estudiantes de la Licenciatura en Psicología, tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos adquiridos, y formar parte importante del tratamiento integral que reciben los pacientes, y les permite salir adelante de sus problemas emocionales, que a la larga sirven como base importante para superar sus problemas de salud.

En el presente informe de servicio social se abordó el tema de la salud de pacientes con enfermedades degenerativas como diabetes, hipertensión y obesidad. Para el IMSS, es importante atender a todos sus derechohabientes, en el caso de pacientes con estas características, que ven afectada su salud y su calidad de vida, trabaja a través de diversos programas que forman parte de una atención integral que coadyuva al mejoramiento del paciente, permitiendo de esta manera tener a más gente sana y que disminuye la periodicidad de estudios y la cantidad de medicamentos, que redundan en una disminución en los costos de atención, y le da la posibilidad a la institución de incrementar su capacidad de atender a más pacientes, con mejor calidad de servicio. Mejorar la calidad en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, es una política pública de salud, que está plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, documento publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), e incluye estas enfermedades, y que a la letra dice: la diabetes mellitus afecta actualmente al 9.2% de la población del país, lo que representa un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de 2006. Dado su papel como causa de enfermedad, la obesidad aumenta la demanda por servicios de salud. De acuerdo con estimaciones de la Universidad Nacional

Autónoma de México (UNAM), el costo de la obesidad fue de 67,000 millones de pesos en 2008. Lo que ha incrementado la preocupación institucional, para evitar que el costo en el futuro no sea mayor a la inversión requerida hoy para implementar políticas que hagan frente a esta problemática.

Debido al aumento de enfermedades crónicas degenerativas, que se puede observar en el Diario Oficial de la Federación de acuerdo a las siguientes cifras, “el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión han llegado a niveles muy elevados en todos los grupos de la población. Entre los hombres mayores de 20 años de edad, 42.6% presentan sobrepeso y 26.8% obesidad, mientras que en las mujeres estas cifras corresponden a 35.5% y 37.5%, respectivamente”. Es por ello, que se han tenido que implementar programas que ayuden a mejorar la salud de los ciudadanos, que vayan enfocados a la prevención de este tipo de enfermedades y no sólo a la curación. De acuerdo a esta demanda, en el IMSS se lleva a cabo el programa “Yo Puedo”, donde los pacientes asisten a pláticas para cambiar sus hábitos de alimentación y dejar a un lado el sedentarismo, en este programa lo que se pretende es que al tener una alimentación adecuada y realizar ejercicio los pacientes bajen el consumo de medicamento y se pueda prevenir futuras enfermedades derivadas de su padecimiento.

Cuidar la salud mental de estos pacientes es importante, ya que algunos de los que presentan padecimientos de depresión, estrés y ansiedad, de acuerdo a lo dicho por Rueda y Pérez García, (2006), reportan en estudios realizados con pacientes diabéticos e hipertensos, muestran que los síntomas depresivos, y la efectividad negativa en general, no sólo es un factor importante para el desarrollo de esta patología, sino también un estado de ánimo que puede interferir con la calidad de vida de los pacientes, informando menos satisfacción vital, percibiendo niveles más bajos de apoyo social y un peor ajuste a estas enfermedades crónicas. Los niveles de depresión y de estrés percibido se incrementan si además estas enfermedades no están bien controladas (Sanz, García- Vera, Espinosa, Fortún y Magán, 2010).

Referente a los pacientes hipertensos, Gallo, Ghaed y Bracken (2004) señalan que además de los determinantes biológicos o médicos, se han considerado diferentes

factores que hacen a la persona más vulnerable a la enfermedad. Estos autores comentan que existen, por un lado, factores de carácter estrictamente sociodemográfico, y por otro lado, y con mayor profundidad, factores de carácter psicológicos. Entre los primeros se encuentran el status socioeconómico, la raza y el sexo, en donde los factores con

mayor vulnerabilidad es el recurso económico bajo, la cultura que tengan los enfermos y en cuanto al sexo, las mujeres son las que presentan mayor malestar emocional, con mayor sintomatología ansiosa y depresiva, lo que las hace retrasar la búsqueda de ayuda médica para tratar sus síntomas. Los anteriores aspectos afectan o moderan la forma en que los factores propiamente psicológicos, tanto emocionales como cognitivos, se relacionan con la etiología y el pronóstico en estas enfermedades, afectando entre otros aspectos, al estilo de vida, la adopción de conductas preventivas o a la adherencia a los tratamientos.

Como señalan los autores Gallo, Ghaed y Bracken (2004), las mujeres son las que presentan mayor malestar emocional por alguna enfermedad crónica degenerativa y esto se pudo comprobar por medio de la atención individual prestada en el servicio de Psicología, ya que acudieron a consulta 15 pacientes con problemas de diabetes y/o hipertensión, de los cuales 11 eran de sexo femenino. De igual manera la población de mujeres era más alta que la de hombres en las pláticas que se impartían en el programa “Yo Puedo”, las pacientes femeninas ocupaban el 95%, mientras que el 5% restante pertenecía a los hombres. Si se toma en cuenta las cifras y se hace la comparación de hombres y mujeres que acudieron tanto a consulta como al taller de “Yo Puedo”, queda descartada la opinión de los autores antes mencionados, donde refieren que las mujeres “retrasan” la búsqueda de ayuda para tratar sus malestares, ya que las cifras muestran mayor participación del sexo femenino para tratar sus padecimientos.

Es notable la preocupación del Gobierno respecto a las enfermedades crónicas citadas en este reporte, así mismo esto es perceptible en el desarrollo de programas en pro de la salud implementados por el IMSS, sin embargo, no ha sido suficiente para lograr una mejora considerable en la salud de la población, debido al bajo

interés mostrado por los pacientes, vale decir, que la mayoría de ellos no lleva a cabo las indicaciones en el cambio de hábitos alimenticios y sedentarismo.

Los pacientes expresan que por algunos motivos no pueden seguir una dieta balanceada que les ayude a mantener un peso óptimo, niveles de glucosa adecuados y una presión arterial normal que beneficien a su salud. Algunos de los motivos y las causas que refieren los pacientes a la falta de adherencia para un tratamiento son las siguientes:

- Jornadas laborales excesivas.
- Consumo de alimentos con alto contenido en grasas.
- Horarios inestables de comida.
- Poca o nula actividad física.
- Estrés laboral.
- Bajos recursos económicos.
- Problemas de Depresión.
- Resistencia a aceptar alguna enfermedad crónica degenerativa.

La OMS define a la adherencia de la siguiente manera: “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”, (OMS, 2004), aunque también señala que no es necesario que sólo sea por un médico, sino que también puede ser por cualquier profesional de la salud. Tomando como base esta definición, es posible observar que los pacientes de la clínica Núm. 92 no siguen un régimen de medicación, ni realizan cambios en su forma de vida, por lo tanto no hay adherencia a los tratamientos que van de acuerdo a su enfermedad. La OMS también indica que sólo el 25% de los pacientes se adhieren a los tratamientos terapéuticos que ofrecen las instituciones de salud.

Así mismo, la adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los relacionados

con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente (Salinas Cruz E, Nava Galán M, 2012. Rodríguez Acelas AL, Gómez Ochoa, 2010. Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras E, Castellano P, Suarez G, Pérez-Trueba , 2013).

En seguida se expone un cuadro de factores que influyen en los pacientes para no adherirse a un tratamiento, que contiene aportaciones de los autores antes mencionados, y que muestran un panorama apegado a la realidad que viven los pacientes que acudieron a consulta y al programa “Yo Puedo”.

<b>FACTORES SOCIOECONÓMICOS</b>	El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO O EL SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA.</b>	Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.
<b>FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD</b>	Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</b>	Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b>	Los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Además, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. De especial interés tener en cuenta estos factores en el paciente anciano.
--	--

De acuerdo con los autores es posible apreciar que algunas de las causas que refirieron los pacientes para no adherirse al tratamiento coinciden con los factores descritos en el cuadro.

Un factor más que se observó en la clínica núm. 92, ajeno a la adherencia por parte de los pacientes, es que no había un seguimiento de la persona encargada del programa “Yo puedo”, para saber si los pacientes que acudían a dicho programa llevaban a cabo lo aprendido, una forma de seguir monitoreando los casos, sería dar citas para obtener información acerca del peso, niveles de glucosa y presión arterial, de esta manera se llevaría un control de los resultados para conocer si es efectivo el programa o hay que implementar más información que le sea de utilidad al paciente.

Un segundo tema que se trató en este Reporte Profesional de Servicio Social fue la Terapia Cognitivo Conductual, de la cual se obtuvieron buenos resultados, sin embargo, es importante comentar que en algunos pacientes se llevó un poco más de tiempo que en otros, esto obedece a un bajo nivel académico de los pacientes, que no les permite entender claramente en que consiste la terapia cognitivo conductual. Lo que obliga a utilizar un lenguaje entendible para los pacientes, que sin importar su nivel académico, les sea posible entenderlo y con ello acortar el tiempo para obtener los resultados esperados.

Leonor L Vega. Vicente E Caballo Y Albert Ellis (2002), opinan que tanto las creencias irracionales, como las inferencias y atribuciones que hacen los seres



humanos, son fáciles de identificar con un simple procedimiento que consiste en realizar las siguientes preguntas.

¿Qué está pasando por su cabeza? O ¿qué está pasando por su cabeza en estos momentos?

¿Qué se estaba diciendo a sí mismo?

¿Se daba cuenta de algún pensamiento que pasase por su cabeza?

¿Qué tenía en la cabeza?

¿De qué se preocupaba?

¿Se da cuenta de lo que está pensando en estos momentos?

Cuando se realizaban las preguntas antes sugeridas, y después de pensar por un corto lapso de tiempo, los pacientes no contestaban concretamente o simplemente no podían dar una respuesta, ya que, al referirse a la cabeza, ellos generalizaban las partes que componen a la cabeza y no lo relacionaban sólo con la mente o con el pensamiento. Por otro lado, si al paciente se le pregunta, ¿Se da cuenta de lo que está pensando en estos momentos?, puede contestar varias cosas porque podría haber bastante información y contestaría diferentes cosas y tal vez menos la esperada por el psicólogo, en este sentido desde mi perspectiva, la pregunta debe hacerse de manera directa, ¿Se da cuenta de que está pensando en estos momentos de X suceso o situación?

En virtud de lo anterior y dadas las características de los pacientes, opté por hacer algunas modificaciones de la TCC, con la finalidad de obtener los resultados óptimos durante el tratamiento.

Aún con las características presentadas por los pacientes, puedo decir con base en los resultados obtenidos, que la Terapia Conductiva Conductual generó un impacto positivo en la población atendida, ya que un alto porcentaje de los pacientes atendidos, mostraron cambios importantes en sus hábitos alimenticios, así como en su sedentarismo, manifestando durante sus citas Psicológicas el sentirse mejor, consiguiendo de igual manera una actitud positiva para asistir a sus citas médicas,

por lo que considero que este tipo de terapia fue de resultados satisfactorios para los pacientes, y para la institución.

### **CONCLUSIONES.**

El Servicio Social va más allá de cumplir con un requisito para titularse, en esta etapa se pueden aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera, nos permite enfrentar la realidad de estar con pacientes y conocer nuestra capacidad para atender las necesidades de éstos. De igual manera observar nuestras deficiencias y corregirlas para ofrecer a los pacientes una mayor calidad en las consultas.

Las deficiencias en la atención hacia los pacientes que tiene la clínica núm. 92 del IMSS, se deben a un crecimiento constante de los pacientes en todas las áreas, por lo que no es posible atender las necesidades de los consultantes, en este sentido, los médicos no se dan abasto con el número de consultas que les asignan al día, y se ven obligados a destinar un determinado tiempo para la atención de cada uno de ellos, sin poder analizar detenidamente la situación de cada uno, y determinar los tratamientos a seguir, por lo que generalmente atiende el problema de salud física, dejando en segundo plano, el de salud mental. Esta situación propicia un desaliento en los pacientes, razón que resulta en una apatía por asistir a la institución de salud, lo que conlleva a un deterioro paulatino, o según sea el caso, acelerado de su condición de salud.

Los pacientes que fueron canalizados al servicio de psicología, mostraron resultados positivos, ya que al tratar los trastornos mediante las sesiones de terapia, los consultantes tuvieron mejora en sus padecimientos, comprendieron la importancia del cambio de conductas, comportamientos, malos hábitos de alimentación y de sedentarismo para mejorar su salud.

De acuerdo a mi experiencia vivida en el desarrollo de mi servicio social en la Clínica N° 92 del IMSS, pude apreciar que, con una mejor organización en la distribución de los espacios, se podría destinar uno para la atención psicológica de los pacientes, que permitiría darles un trato más digno y obtener logros importantes en la mejora de la salud de los mismos. De igual manera, la asignación de personal fijo

para la atención Psicológica en esta Clínica generaría un impacto positivo en la comunidad, toda vez que se aprovecharía adecuadamente, y sin duda sería un gran apoyo para quien asiste a la institución.

Finalmente quiero agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social, por haberme otorgado la confianza de aplicar mis conocimientos de manera práctica en una de sus unidades de salud, en la que considero haberme desempeñado de manera adecuada, y agradecer a la UNAM por haberme formado como profesionista, y su preocupación por conseguir espacios para llevar a cabo nuestro servicio social, que nos da la oportunidad de vivir la experiencia de desempeñarnos en el ámbito profesional, y adquirir un mayor aprendizaje que sin duda alguna me permitió fortalecer mi formación profesional, darme cuenta de mis carencias para subsanarlas, lo que me hace crecer como profesional y como ser humano.

## REFERENCIAS.

- Berlín, I (2000). *El Servicio Social en México*. México, ANUIES.
- Stallard P. (2007) *Pensar bien-Sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. (1ª ed.). España: Descleé de Brower.
- Lega, L., Caballo V., Ellis A (2009) *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual* (2ª ed). España: Siglo XXI.
- Lega, L., Sorribes F., Calvo, M. (2016) *Terapia Racional Emotiva Conductual* (1ª ed). España: Paidós
- Ellis A., Abrahms E., (2005). *Terapia Racional Emotiva* (2ª ed). México: Pax-Mexico.
- Beck, J. (2006). *Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. (2ª. Ed) Buenos Aires: Librería Akadia.
- Caro, I (2009) *Manual de Terapias Psicocognitivas* (2ª ed.) España: Descleé de Brower. España: Descleé de Brower.
- Young, J., Klosko, J., Colom, J. (2012). *Reinventar tu vida*. España: Paidós Ibérica.
- Conthe, P., Marques, E. ( 2012) *Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinaria al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro* (1ª ed). México.
- Young, J., Klosko, J., Wishaar, M. (2013). *Terapia de Esquemas* (1ª ed). España: Descleé de Brower.
- Balcázar, P., Gurrola, G., Moysén, A (2012). *Diabetes y Psicología de la Salud* (1ª ed). México: Porrua.
- Pérez, A (2014). *Aspectos Psicológicos de la Hipertensión* (1ª ed). Madrid: Síntesis.
- Pérez, J (2002). *Hipertensión arterial* (1ª ed). España: Everest.
- Solloa, L (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento* (2ª ed). México: Trillas.

Feldman, J (2006). *Autoestima para niños: juegos, actividades, recursos, experiencias creativas* (1ª ed). México Alfaomega.

Pas, B (2000). *Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia* (1ª ed). Madrid: Pirámide.

Stallard, P (2007) *Pensar bien- Sentirse bien.* (1ª ed).

#### **REFERENCIA DE ARTICULOS DE REVISTA.**

Castrillo, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marin, C., Schenitter, M (2005). *Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar.* *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 541-560.

#### **CIBERGRAFÍA.**

Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización para la salud 2004. <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf> Fecha de consulta: 25 de julio 2017, 18: 20

Plan Nacional de Desarrollo. <http://www.itesa.edu.mx/pdf/PND.pdf>. Fecha de consulta: 20 de dic de 2016, 20: 15

La rabieta de Julieta <https://www.youtube.com/watch?v=FBROB2IMCaU>. Fecha de consulta: 22 de octubre 2015, 17: 00

Cuando estoy enfadado

<https://www.youtube.com/watch?v=7Krw5hSsFxo&nohtml5=False>. Fecha de consulta: 27 de Octubre de 2015, 16: 35.

La niña que no se sentía mal cuando actuaba mal.

<https://www.youtube.com/watch?v=SKRecNeYRxI&nohtml5=False>. Fechas de consulta: 09 de Noviembre del 2015, 18: 44.

Los niños que no respetaban su lugar en la escuela.

<https://www.youtube.com/watch?v=i3OIUXZG2bQ&nohtml5=False>. Fecha de consulta: 17 de Noviembre del 2015, 20:00.

Los niños que eran impulsivos.

[https://www.youtube.com/watch?v=sAn-m\\_a2fQI&nohtml5=False](https://www.youtube.com/watch?v=sAn-m_a2fQI&nohtml5=False). Fecha de consulta: 08 de Diciembre del 2015. 16: 35.

Portarse bien.

<https://www.youtube.com/watch?v=hTPt7XRIQAU&nohtml5=False>. Fecha de consulta: 11 de Enero del 2016, 19: 24.

Convivencia.

[https://www.youtube.com/watch?v=qXCNQh\\_dCq0&nohtml5=False](https://www.youtube.com/watch?v=qXCNQh_dCq0&nohtml5=False). Fecha de consulta: 04 de Marzo del 2016. 16: 40.