



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA".
UN CENTRO DE CONSULTA EXTERNA**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
(IPSS)**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
PAOLA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA:
MTRA. NELLY FLORES PINEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

En memoria de mi abuela la Sra. Ofelia Guzmán.

Aquí está, abue.

Te extraño.

Dedicatoria

A mi madre la Sra. Natividad Hernández Saavedra, porque no es fácil serlo, porque es un compromiso de por vida; gracias, porque no existe amor más grande; por más de 20 años llevándome a la escuela, preparando mis comidas, ayudándome con tareas, por tantos sacrificios y entregarte a mí incondicionalmente, no me alcanzará la vida, muchas gracias.

A mi padre el Sr. Rolando González Licon, por siempre ser ejemplar y responsable; jamás me abandonas; y a tu manera, tu amor y tus palabras que me dan fortaleza.

A mi hermano Isaac porque con tu personalidad única, tus críticas, me hacen ser una mejor estudiante, mejor hermana, te quiero, gracias por ser tan tú.

A mi hermano Alex, porque muy discretamente siempre estás al pendiente de mí, siempre estás en mi pensamiento porque te quiero y eres parte de mí.

En especial a mis hermanos porque espero ser un ejemplo para ellos de la misma manera que lo son para mí, una inspiración y una cabeza ajena donde experimentar.

Índice

1. Resumen	6
2. Datos Generales del Programa de Servicio Social	7
3. Contexto de la Institución y del programa donde se realizó el Servicio Social	8
4. Objetivos del Informe de Servicio Social	10
5. Descripción de las Actividades Realizadas en el Servicio Social con Soporte Teórico Metodológico:	10
6. Actividades Administrativas:	11
6.1 Programación de Citas de Primera Vez a Pacientes	11
6.2 Abrir Expediente	11
6.3 Archivo Clínico	12
6.4 Apoyo Logístico	13
7. Trabajo Clínico	14
7.1 Actividades de Formación	14
7.1.1 Observación	14
7.1.2 Capacitación	15
7.2 Entrevista de Primer Contacto	15
7.3 Evaluación	16
7.3.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI)	17
7.3.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	18

7.3.3 WHOQoL-BREF Calidad de Vida	18
7.3.4 El Inventario Multifásico de Personalidad de Minesotta (MMPI)	19
7.4 Historia Clínica	19
7.5 Resumen Psicológico	20
7.6 Supervisión Psicoterapéutica	21
7.7 Planeación de un Taller en Prevención Secundaria	23
7.7.1 Taller “Solución de Problemas”	24
7.8 Intervención Terapéutica Cognitivo-Conductual	35
7.8.1 Terapia Racional Emotivo-Conductual para el Manejo del Enojo	36
8. Resultados Obtenidos	49
8.1 Abrir Expediente	49
8.2 Archivo Clínico	49
8.3 Llamadas	50
8.4 Actividades de Formación	51
8.4.1 Observación	
8.4.2 Capacitación	
8.5 Pacientes Atendidos	54
8.6 Propuesta de Taller	59
8.9 Caso Clínico	62
9. Consideraciones Finales	69
10. Referencias	72
Agradecimientos	75

1. Resumen

El Informe Profesional de Servicio Social es un trabajo que consiste en recuperar la experiencia de quien lo sustenta, a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en la intervención y/o en las actividades realizadas durante la prestación del servicio social, vinculando los elementos de la formación teórico metodológica recibida durante la trayectoria estudiantil con las actividades desarrolladas en la sede receptora, permitiéndole hacer recomendaciones y/o sugerencias a la misma.

El presente informe comenzará por dar a conocer la Institución donde lleve a cabo el servicio social, así como el desarrollo del programa de servicio social del cual forme parte. En segundo término se describirán las actividades realizadas dentro del servicio social sustentadas todas por un marco teórico metodológico, como la entrevista de primer contacto, intervención terapéutica, la promoción de la salud, entre otras.

Se expondrán los resultados obtenidos, como demostración de la intervención realizada dentro del servicio social.

Por último, se incluirán algunas recomendaciones y sugerencias a la Institución receptora.

El Centro de Atención Psicológica "Dr. Guillermo Dávila" (en lo sucesivo CSP) otorgó el desarrollo de las habilidades requeridas para la práctica profesional de la Psicología Clínica, se brindó a la comunidad un servicio responsable, respetuoso y amable, consciente de que el trabajo continuará mientras se mantenga la satisfacción de hacer, tener y ser.

2. Datos Generales del Programa de Servicio Social

Clave: 2013 - 12 / 23 – 262

Institución u Organismo Social: Universidad Nacional Autónoma de México.

Dependencia Ejecutora: Facultad de Psicología.

Área: Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila

Director del Área: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Nombre del Programa: Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa.

Responsable del Programa: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Objetivo del Programa: Iniciar al estudiante de servicio social en el campo de la psicología clínica, proporcionándole entrenamiento en habilidades clínicas básicas a través de un modelo de supervisión con un terapeuta responsable.

Metas del Programa: Que cada estudiante del servicio social participe cubriendo 480 horas de practica clínica bajo la supervisión de un docente.

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

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” es una entidad académica integrante de la estructura orgánica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El Centro fue fundado en 1981, tiene como objetivo, apoyar y fortalecer la formación de los estudiantes de la Facultad en el área clínica. Así mismo, esta tarea de formación profesional permite proporcionar un servicio de apoyo psicológico a niños, adolescentes y adultos en forma individual, grupal y familiar.

La filosofía de este Centro esta encaminada a fomentar el desarrollo de las habilidades profesionales que debe adquirir el estudiante de psicología, con la finalidad de ofrecer diversos servicios psicológicos de calidad, aplicando los conocimientos teóricos adquiridos durante la formación académica, para garantizar al usuario un trato estrictamente ético y profesional.

Su **misión** es brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teóricos-metodológicos de la psicología basada en evidencia, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Su **visión** es de ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación

profesional y especializada de psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

Valores por los cuales se rige el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

- **Confianza:** que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere en nuestros pacientes internos y externos seguridad.
- **Ética:** mantener valores sustentados en el bien común, apegados a los principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.
- **Honestidad:** que nuestra acciones reflejen respeto, responsabilidad y confianza a través de acciones que sean veraces y congruentes.
- **Lealtad:** generar en nuestros pacientes internos y externos un compromiso sustentado en la calidad de nuestros servicios que permita identificarnos como una excelente opción para dar respuesta a sus necesidades de servicio.
- **Optimismo:** orientar nuestras acciones y metas con la confianza de que los resultados sean constantemente mejorados en beneficio de nuestros pacientes internos y externos.
- **Respeto:** se refiere al trato amable, cordial y cálido que se da en la interacción entre el personal del CSP y sus pacientes externos e internos de forma bidireccional y que favorece el desarrollo de las actividades encomendadas.

- **Responsabilidad:** realizar las actividades encomendadas en tiempo y forma, manteniendo un alto compromiso para que el resultado de nuestras acciones favorezca un servicio de calidad para nuestros pacientes internos y externos.

(Tomado del Manual de Procedimientos del CSP 2012)

4. Objetivos del Informe de Servicio Social

Este trabajo pretende mostrar el entrenamiento en la formación clínica a través de la práctica aplicada y especializada realizada a lo largo de seis meses dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" con el objetivo de dar a conocer el papel desempeñado, la formación lograda, así como los resultados que se alcanzaron en este trabajo y por último, ofrecer algunas propuestas constructivas a esta Institución.

5. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social con soporte teórico metodológico.

El servicio social dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" consta principalmente de dos grandes divisiones de trabajo, la primera de aspecto administrativo y la segunda de índole clínico.

6. Actividades Administrativas:

Aunque los psicólogos clínicos no están específicamente preparados para ser administradores, pueden desempeñar tales posiciones en diversas áreas en las cuales trabajen. Estas actividades justifican su existencia enseñando a los alumnos desde como dirigirse a pacientes que solicitan atención, el armado de expedientes clínicos, el manejo de base de datos y confidencialidad de documentos privados.

6.1 Programación de citas de primera vez a pacientes

Todos los últimos lunes de mes a partir de las 7 a.m. de manera personal, los pacientes se forman en el Centro con la finalidad de programar su cita durante todo el mes siguiente o bien, a partir de las 7:30 a.m. vía telefónica, una vez constatada, se le entrega un talón al paciente con la fecha de su cita y los documentos que solicita el Centro.

6.2 Abrir Expediente

En la cita de "primera vez", abrir expediente, consta de la recepción de los documentos probatorios de identidad del paciente; identificación oficial, comprobante de domicilio y un comprobante de ingresos, en caso de no cumplir con este último, el paciente debe realizar una carta dirigida a la directora del Centro, en donde se especifique la cantidad de ingreso económico que tiene y cuantas personas dependen del mismo. En caso de que el paciente sea un menor de edad deberán presentarse los mismos documentos del padre o tutor y una identificación del menor, así como su acta de nacimiento. Posteriormente todo documento se coteja con el original para verificar domicilio, nombre del propietario y en caso de un menor, el parentesco. A continuación se registra al paciente en la libreta de preconsulta asignando el número de expediente correspondiente, se entrega la ficha de admisión, la cual se le pide al paciente que llene y se lea con

atención el Reglamento del Centro, en este formato se especifican los términos y condiciones a los cuales se encuentra sujeto el paciente una vez ingresado. Con posterioridad se integra todo al expediente en conjunto con los formatos de la entrevista de primer contacto; estos documentos son: ficha de admisión, copia de documentos probatorios, preconsulta, evaluaciones, historia clínica y el carnet donde el paciente llevará en orden sus pagos y citas. Por ultimo, el paciente espera a ser atendido por un terapeuta.

6.3 Archivo Clínico

Es el área que resguarda los expedientes del Centro y esta a cargo y responsabilidad del personal administrativo y de los prestadores de servicio social quienes tienen que mantener el orden y el seguimiento de reglas establecidas para este apartado. El manejo del archivo se divide de dos formas:

6.3.1 Archivo Clínico Transitorio: Es el área que resguarda aquellos casos que están en proceso de admisión y pendientes de tratamiento psicológico, el cual se encuentra dentro de la recepción del Centro.

6.3.2 Archivo clínico en Activo: Es el área que resguarda los expedientes de pacientes que ya han sido asignados a un tratamiento dentro del Centro y que están en activo, así como, expedientes que se han dado de alta o de baja. Cada archivero resguarda a los expedientes por año de activación y su numeración en orden ascendente para su ubicación.

Tanto el archivo transitorio como el activo ya mencionados, los expedientes son completamente confidenciales y llevan un control de calidad, es por eso que para el préstamo de tales expedientes están marcadas las siguientes normas:

- Ningún expediente puede salir de las instalaciones del Centro
- Ningún expediente puede ser fotocopiado ya que es completamente confidencial.

- Cada terapeuta es responsable de la correcta integración del expediente antes de ser proporcionado al personal administrativo para su resguardo.
- Todo expediente deberá ser solicitado al personal de administración ya que está restringido el paso a personal ajeno a éste.
- Todo expediente solicitado deberá ser registrado en el cuadernillo de control, donde se registre la fecha y hora de solicitud, nomenclatura del expediente solicitado, programa al cual pertenece el terapeuta, firma de recepción del terapeuta y del personal administrativo que lo extiende y firma de entrega de los mismos.
- Al regresar el expediente, el terapeuta deberá firmar de reingreso al archivo, así como el personal administrativo que lo recibe en el cuadernillo de control.

6.4 Apoyo Logístico

Este se refiere al apoyo a terapeutas y estudiantes dentro del Centro. A continuación se mencionan las tareas efectuadas dentro de este rubro.

- Acceso al Centro: Ya que el acceso al Centro es restringido, es necesario portar la credencial que identifica al personal.
- Recepción y entrega de credenciales para el acceso o retiro de los terapeutas y alumnos del Centro.
- Realización de llamadas telefónicas: Las cuales se atienden principalmente para cuatro propósitos; el primero, para brindar la información que el público en general solicita del Centro, tales como proceso de admisión e información en general; el segundo, se reciben las llamadas de pacientes para concertar citas de primera vez al Centro, mediante el proceso ya antes mencionado en el primer punto; el tercero, para confirmación o cancelación de citas a los terapeutas del Centro y el cuarto, para cualquier recado, o solicitud del personal.

- Facilitar el material de papelería: Formatos para el llenado de expedientes a terapeutas.

7. Trabajo Clínico:

La psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana. Su aspecto clínico consiste en evitar, disminuir o eliminar la situación de las personas que se encuentran en problemas y promover la readaptación a su entorno, mediante una terapia; la cual es un proceso de reaprendizaje que aborda aspectos intelectuales, emocionales y físicos, realizado mediante el análisis, la reflexión y el trabajo personal constante. Su propósito es mantener la salud mental del paciente (Caballo, 1998).

La psicología clínica considera la interacción organismo-conducta-ambiente, ya que además de tratar el problema tiene como objetivo conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores. Realizar actividades como la investigación y aplicación de principios del comportamiento humano, con la finalidad de comprender, prevenir y/o modificar los trastornos de conducta mediante técnicas de evaluación e intervención apropiadas que colocan a la psicología clínica como una subdisciplina de la psicología científica (Korchin, 1976).

7.1 Actividades de formación

Como parte de la formación dentro del Centro, las siguientes actividades son una preparación previa a las propiamente clínicas, su objetivo, que los estudiantes desarrollen habilidades para el desempeño profesional.

7.1.1 Observación: es una actividad que tiene como objetivo esencial que el alumno detecte ciertos elementos teórico-prácticos que se exponen con un caso real y en una etapa posterior, hacer una retroalimentación. En la formación dentro del Centro la observación se hace a través de Cámara de Gesell o en pantalla a

través de la cámara de videograbación en tiempo real y es utilizada para un entrenamiento en procesos de evaluación psicológica, supervisada por el docente, con un caso real.

7.1.2 Capacitación: consiste en la asistencia a cursos/talleres con los cuales los psicólogos practicantes adquieren competencia profesional y destrezas clínicas que ayudan en el aprendizaje para enfrentar con efectividad los problemas de conducta.

7.2 Entrevista de primer contacto

Para Bingham (1960), la entrevista clínica, es una herramienta que se aplica principalmente en los campos de las ciencias de la salud, en clínicas, hospitales, instituciones de higiene mental, clínicas psicoterapéuticas, entre otras. Para Bernstein y Nietzel (1982), la entrevista es en gran medida el instrumento mas empleado en la psicología clínica. Tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y, es un componente principal de la evaluación clínica que procede, acompaña y sigue al tratamiento.

Este es el tipo más común de entrevista, el paciente se acerca al terapeuta por algún problema cotidiano. El terapeuta puede tener poca o ninguna información acerca del paciente, así que el objetivo se dirige principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema (Bernstein, 1982).

Una vez que se dispone de información significativa del paciente, a través de la recolección, análisis e interpretación en complemento con los instrumentos psicológicos, se decide si el Centro es capaz de tratar al paciente, en caso negativo, se canalizará al paciente a una Institución más adecuada a fin de establecer un diagnóstico más certero que permita una adecuada selección de tratamiento, o bien, su derivación a cualquiera de los programas de atención que brinda el CSP.

Durante el desarrollo de la entrevista clínica debemos estar atentos a cierto tipo de fenómenos importantes que contribuyen a la labor diagnóstica, los cuales se observan a través del relato del paciente (Sánchez, 2013).

- a) Función de identidad: consiste en una estructura mental que organiza una imagen del "sí mismo", con características positivas y negativas, coherentes entre sí y consistente históricamente.
- b) Función de realidad: es una estructura mental que organiza las tres esferas (persona, lugar y tiempo), necesarios para una adecuada relación con el entorno.
- c) Mecanismos de defensa: son aquellos recursos psicológicos defensivos por los cuales el psiquismo busca preservar su sentimiento placentero de seguridad, frente a la angustia generada por conflictos internos y por las amenazas del mundo externo.
- d) Evaluación de la corporalidad: es aquel lenguaje corporal.
- e) Evaluación de pensamiento: para evaluar pensamiento debemos explorar los procesos cognitivos básicos.

7.3 Evaluación

La evaluación psicológica es una herramienta fundamental que implica un proceso, éste, puede ser pruebas psicológicas de varios tipos, o combinaciones más complejas de éstas, entrevistas y observaciones directas mediante el cual se obtiene información que puede ser significativa y adicional el proceso de diagnóstico del paciente (Bernstein, 1982).

Las pruebas psicológicas proporcionan una muestra de conducta. La idea básica

es exponer a cada paciente de una manera precisa a los mismos estímulos y bajo las mismas circunstancias. Su aplicación, puede ser fácil, económica y conveniente ya que a menudo ni siquiera es necesaria la presencia del terapeuta (Op, ct).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta octubre del 2012 ha afirmado que:

- La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.
- Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las fobias.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales.

Debido a esto, el Centro toma como acciones en la evaluación de sus pacientes, la aplicación inicial de los siguientes cuatro instrumentos de evaluación:

7.3.1 El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos

relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso, trastornos de sueño y de apetito sexual).

El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etcétera.), pero es una herramienta útil como un primer indicador (Tomado del Manual de Calificación de CSP 2012).

7.3.2 El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar el nivel de desorden de ansiedad de un paciente, como en cuadros depresivos. Está compuesta por una serie de 21 preguntas de múltiples opciones, referidas a los sentimientos de ansiedad del paciente de la semana anterior. Las preguntas evalúan los diferentes síntomas de ansiedad como son la sudoración, aceleración del ritmo cardíaco, irritabilidad y falta de aliento (Tomado del Manual de Calificación de CSP 2012).

7.3.3 El WHOQoL-BREF Calidad de Vida. La calidad de vida se define como la percepción de un individuo de su posición de vida en un contexto cultural y sistemas valóricos en los cuales viven, en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Esta definición refleja un punto de vista en el cual la calidad de vida se refiere a la evaluación subjetiva, que se introduce en un contexto, cultural y social. Debido a que esta definición de calidad de vida se enfoca bajo el término de calidad de vida "percibida", no se puede esperar que logremos medir síntomas, enfermedades o condiciones detalladamente, pero sí los efectos que ejercen éstos en la calidad de vida. Del mismo modo, la calidad de vida, no puede ser equiparada con los

términos "estado de salud", "estilo de vida", "satisfacción de vida", "estado mental" o "estar bien".

Durante el desarrollo del instrumento, se analiza la naturaleza multidimensional que pretende investigar los llamados dominios. El WHOQoL-BREF (Versión del instrumento de 26 preguntas) se basa sólo en una estructura de cuatro dominios, físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente (Tomado del Manual de Calificación de CSP 2012).

7.3.4 El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory) es una de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental. Su diseño está dirigido a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

El inventario, en su última versión, MMPI-2, consiste en 567 afirmaciones que el paciente debe clasificar como verdaderas o falsas si es que son aplicables o no al mismo.

Los resultados obtenidos corresponden a su puntaje en cuatro escalas de validez que son, L, F y K y diez Escalas Clínicas que son Hs (Hipocondría), D (Depresión), Hi (Histeria), Dp (Psicopatía), Mf (Masculino - Femenino), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Es (Esquizofrenia), Ma (Hipomanía) y Is (Introversión Social) (H. Gomez, J. Gomez, 2009).

7.4 Historia clínica

Es el principal instrumento del que dispone el psicólogo clínico para conocer la historia de vida del paciente y consecuentemente, comprender la problemática específica presente que lo lleva a solicitar la atención.

La historia clínica diseñada para los pacientes adultos y adolescentes que acuden al Centro, puede definirse como un instrumento semiestructurado que ofrece por una parte uniformidad en la recopilación global de los datos psicológicos y psicopatológicos y también permite obtener una descripción narrativa y observacional del paciente y su conducta de forma individualizada.

El objetivo de la historia clínica es disponer de información significativa del paciente, a través de la recolección, análisis e interpretación de los datos y que a sí mismo, sirva de fundamento para la posterior interpretación de otros instrumentos psicológicos designados, a fin de establecer un diagnóstico más certero que permita una adecuada selección del tratamiento psicológico a seguir (Tomado del Manual de Historia Clínica del CSP, 2012).

7.5 Resumen psicológico

El resumen psicológico es fundamental para el psicólogo clínico ya que en él depositara todos los datos, resultados y conclusiones obtenidas del paciente.

Las partes que conforman el resumen psicológico son:

- **Datos generales** son los datos básicos del paciente: nombre, edad, género, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, domicilio, estos datos básicamente sirven para conocer la situación general del paciente.
- **Observaciones** como parte del resumen psicológico es importante porque el paciente puede manifestar algunos otros comportamientos que pueden ser indicadores significativos durante la entrevista o en la aplicación de las pruebas.

- En **antecedentes** del caso se incluyen los datos más importantes de la historia clínica. Se debe de graficar la estructura familiar del paciente, las personas que viven con él, las que dependen de él y las que son más significativas. Este familiograma nos indica las interacciones entre los miembros de la familia y la dinámica que se da en su interior.
- Se incluyen también los **resultados** de las pruebas aplicadas. Por último, con base en los elementos anteriores se incluye una interpretación diagnóstica y recomendaciones para el tratamiento del paciente. El resumen psicológico concluye con las firmas del psicólogo y el supervisor.

7.6 Supervisión psicoterapéutica

Las actividades de supervisión han ido adquiriendo mayor especificidad en el trabajo clínico y han pasado a constituir un elemento central en la formación de psicólogos y psicoterapeutas. Su principal propósito es poder lograr integración entre la teoría y la práctica, transmitir procedimientos o técnicas e incrementar las cualidades terapéuticas en los estudiantes (Lorentzen, 1996).

De acuerdo a Fuentes (2006), la supervisión en la formación psicoterapéutica, tiene el propósito de promover identidad profesional desde la orientación, ayuda y acompañamiento del supervisor; procura la reflexión crítica de la propia práctica, para lograr transformaciones en el ser, el saber hacer y el saber estar. La define como método de enseñanza por el cual, el terapeuta en formación confía en alguien de mayor experiencia, para presentarle el proceso terapéutico con su paciente, el supervisor funge como un "tercero" que escucha el discurso de otro, sobre otro.

Tonnon (2003, en Puig, 2009, p. 15-16), enfatiza el aspecto reflexivo de la supervisión y la define como: "...proceso teórico-metodológico que se despliega en dos espacios: el de ejercicio profesional y el de la formación académica. Su

objetivo es el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, necesarios para el desempeño profesional cotidiano, así como la reflexión acerca del impacto afectivo y emocional que se genera en el supervisado por la atención de cada situación en la que haya actuado profesionalmente. Se basa en una concepción holística de la realidad en la cual interactúan los conocimientos teóricos con la experiencia práctica”.

En el Centro se proporciona una formación profesional por medio de estrategias de enseñanzas a través del modelado y/o moldeamiento de supervisión.

A continuación se describe el modelo de supervisión aplicado en la intervención directa con pacientes, según Sánchez, 2013.

- Identificación de los datos generales del paciente: de manera focal, el supervisado introduce al supervisor en la problemática del paciente.
- Acciones tomadas en el caso: el supervisado indica al supervisor las acciones que ha manejado en la intervención con el paciente y su caso, con esto, el supervisor aprueba las acciones tomadas o la sugerencia de posibles líneas terapéuticas a implementar.
- Resultados: el supervisado indica al supervisor los resultados obtenidos como consecuencia de las acciones tomadas, con esto, el supervisor aprueba los resultados o asesora para obtener mejores.
- Dudas: el supervisado refiere una serie de preguntas que surgen como profesional y de desempeño en la intervención con el paciente, con esto, el supervisor aclara las dudas para un mejor desempeño.
- Preguntas aclaratorias sobre el caso: son las preguntas que realiza el supervisor al supervisado para recabar mayor información sobre el caso.

- Realizar esquema explicativo de acción: junto con el supervisor se realiza el esquema explicativo de acción, en el cual se plantea la problemática focal, las acciones tomadas, los resultados obtenidos y las nuevas posibles acciones que pueden ser tomadas, es decir un plan de acción para la intervención con el paciente y su caso.
- Revisión bibliográfica: el supervisor deja lecturas que enriquezcan, solidifiquen o integren nuevos conocimientos acerca de determinados contenidos teóricos, el cual, posteriormente, deberá ser explicado por el supervisado al supervisor.
- Impacto del caso sobre el terapeuta: el supervisor se dará cuenta en el supervisado si el conocimiento sobre el caso y su teoría así como su plan de acción fue aterrizado correctamente, así como el análisis de los sentimientos, pensamientos o conductas que el caso pueda reflejar o impactar éste.
- Registro de sesión en bitácora: consiste en el registro de la sesión que se llevó a cabo con el paciente en la libreta de la supervisora.

7.7 Planeación de un taller en prevención secundaria

Es una exitosa modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el terapeuta expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que los pacientes desarrollen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que lo conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica.

En el Centro el tipo de taller que se ofrece a los paciente es con un enfoque en la prevención secundaria en donde el trastorno ya esta presente (o hay algunos síntomas) pero se aborda de manera inmediata para que las consecuencias no

sean mayores.

7.7.1 Taller “Solución de Problemas”

Nezu, Nezu y D’Zurilla (2013) definen la resolución de problemas de la vida real, refiriéndose al proceso de encontrar o desarrollar soluciones a problemas en específico y a su vez la implementación de solución refiriéndose al proceso de llevar a cabo esas soluciones en la situación actual, todo esto se da por la manera en que pensamos y nos comportamos y en medida de las habilidades sociales o de comportamiento que se tenga.

Un problema lo definen como una situación de la vida, presente o anticipada que requiere una respuesta adaptativa para prevenir consecuencias negativas, donde la respuesta no está inmediatamente disponible para la persona debido a la presencia de obstáculos. Los problemas pueden ser originados por algún elemento social o del ambiente de la persona (divorcio, desastre natural) así como también internos o intrapersonales (sentimiento de fracaso, devaluación, sentimiento de abandono)

Las barreras que hacen de una situación un problema pueden involucrar ciertos factores como:

- Novedad (búsqueda de lo nuevo o lo desconocido)
- Ambigüedad (confusión, ambivalencia)
- Imprevisibilidad (falta de control sobre el camino a seguir en una elección)
- Metas conflictivas (diferencias de opinión sobre un objetivo)
- Déficit en habilidades de desempeño (dificultades en las relaciones interpersonales)
- Falta de recursos (recursos financieros o personales limitados)

Para los autores existen tres tipos de problemas según el tiempo en que se presentan: de tiempo limitado, los problemas en serie similares a un evento (pasar por la adolescencia o tener hijos adolescentes), así como los crónicos o los “en marcha” (enfermedades crónicas, continuos sentimientos de soledad).

Solución a un problema lo definen como respuesta de afrontamiento que producen un cambio en la situación resultando algo mucho mejor o disminuye la angustia producida, una solución efectiva, se busca maximizar consecuencias positivas y minimizar consecuencias negativas.

Orientación del problema positiva y negativa

Cuando los autores nos hablan de una orientación del problema de manera positiva significa ver los problemas como desafíos, ser optimistas en la creencia de que los problemas se pueden resolver, tener un fuerte sentido de autoeficacia con respecto a la habilidad para enfrentar problemas, entender que una solución exitosa lleva tiempo y esfuerzo, así como ver emociones negativas como una parte integral de todo el proceso de solución de problemas que puede ayudar al afrontamiento de éstos. En cambio, cuando nos refieren una orientación del problema de manera negativa, hablan de ver los problemas como amenazas, pensar que los problemas no tienen solución, tener duda de las habilidades que puede tener uno para afrontar los problemas exitosamente y frustrarse o enojarse cuando se enfrente a los problemas o confrontarlos con sentimientos negativos.

Estilos de solución de problemas

Para los autores existen tres estilos de solución de problemas, planteándonos la primera, “de manera racional”, que significa enfrentar los problemas con un método planificado:

- Definir el problema se refiere a aclarar la naturaleza del problema, delinear una meta realista para la solución del problema, identificar los obstáculos.
- Generación de alternativas es pensar un rango de posibles soluciones basado en los obstáculos que ya identificaron previamente.
- Toma de decisión consiste en predecir las consecuencias que pueden traer las alternativas, toma una decisión.
- Implementar la solución y evaluarla es llevar a cabo el plan y valorar el resultado.

Una segunda solución de problemas, “impulsivo/descuidado”, es un tipo de solución apresurada e incompleta y disfuncional, caracterizado por considerar pocas alternativas, siempre se va por la primera idea que le venga a la mente.

Y por ultimo, “evitar la solución de problemas”, este tipo es un estilo evasivo, se caracteriza por dilación, pasividad, inactividad y dependencia, las personas prefieren evitar los problemas en vez de afrontarlos, pospone la solución, esperan que se resuelvan solos o ponen la responsabilidad de solución en otras personas para la solución de sus problemas.

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) nos plantean un modelo para la solución de problemas al cual llaman la “caja de herramientas” que contienen cuatro herramientas necesarias y se presentan al paciente como estrategias orientadas a ayudar a superar una variedad mayor de obstáculos comunes para una solución de problemas efectiva bajo estrés.

Primera herramienta: “Solución de Problema Multitarea”: superar la sobrecarga cognitiva

Esta lección es paralela a la investigación en psicología cognitiva que consistentemente demuestra que hace más de una tarea a la vez, sobre todo si la tarea es compleja, afecta negativamente a la precisión y la productividad.

Desafortunadamente, la mente, es limitada en la cantidad de actividad que puede realizar eficientemente en cualquier momento. La mente emplea tres importantes actividades durante la solución de problemas:

- Recibe información del exterior.
- Recuerda esta información cuando se necesita.
- Manipula varias piezas de información de la memoria para comprender como concuerdan entre sí.

Sin embargo, la mente es bastante limitada que no puede llevar a cabo las tres actividades al mismo tiempo, especialmente cuando la cantidad o la complejidad de la información es significativa o cuando la persona esta bajo estrés, pero sí puede hacer una a la vez.

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) enfocan la enseñanza en el uso de tres estrategias multitarea para hacer frente a esta preocupación: externalización, visualización y simplificación.

Externalización: implica la visualización de la información externa tan a menudo como posible, por ejemplo, grabar información en el teléfono o computadora, hacer diagramas o mapas conceptuales o sólo escribirla. Este procedimiento alivia a la mente de tener que activar información para recordar, lo que permite concentrarse más en otras actividades, como una mejor comprensión de la naturaleza del problema, pensar creativamente y luego escribir las soluciones en el papel, y la toma de decisiones sobre la base de examen visual y la comparación de una lista de pros contra los contras.

El psicólogo James Pennebaker (2004), habla de la "escritura expresiva", que tiene efectos positivos en el funcionamiento inmunológico y el bienestar general.

Visualización: esta herramienta hace hincapié en el uso de imágenes visuales para una variedad de propósitos que puede afectar positivamente la solución de problemas. Estas incluyen:

Clasificación del problema: se puede visualizar el problema en su "ojo de la mente" con el fin de separar las diferentes partes del problema y así mirarlos uno a la vez, de manera creativa de generar nuevas ideas para las soluciones, trazar nuevos caminos para llegar de "A" a "B", y/o dibujar diagramas de imaginación o dibujos para ayudar a describir el problema en forma gráfica.

Ensayo imaginario: figuras de los deportes frecuentemente imaginan participar en diversas actividades con el fin de mejorar su éxito de manera más eficiente en el tiempo, por ejemplo un equipo de fútbol americano visualiza las jugadas que cada jugador realizará para llevar el balón a anotar. Esta forma de visualización puede ser útil cuando un individuo es pronto para llevar a cabo un plan de solución, pero necesita práctica adicional en la forma de llevarlo a cabo.

Manejo del estrés: a través de la imaginación guiada, que es una forma de manejar el estrés que ayuda a reducir los niveles de estrés y ansiedad tomando una "vacación mental", tomando un viaje a un "lugar seguro"; este método servirá también para la segunda herramienta en donde hay que "tranquilizarnos" y en la imaginación positiva en la tercera herramienta para ayudar a enfrentar sentimientos de desesperanza e incrementar la motivación para continuar con el tratamiento psicológico.

Simplificación: implica intentar romper o simplificar un problema grande o complejo con el fin de hacerlo más manejable, enfocándose en la información más relevante; romper los problemas complejos en subproblemas y así ir encontrando los pasos más pequeños y llevarlos a cabo para ir solucionando desde lo más fácil a lo más complejo.

Segunda Herramienta: "El Método de SSTA" (Stop-Slow Down-Think-Act): superar la desregulación emocional y la solución de problemas desadaptativa bajo estrés.

Como ya vimos, una segunda barrera potencial que dificulta la efectiva solución de problemas es la regulación emocional cuando se intenta hacer frente a problemas de estrés. Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) en la segunda herramienta, se enfoca en ayudar a una mejor modulación de las reacciones emocionales ante estímulos estresantes con el fin de evitar respuestas emocionales negativas inmediatas intensas y de larga duración, hacerlo es importante para que las personas:

- Sean más conscientes de la verdadera naturaleza de sus reacciones emocionales.
- Permiten que tales emociones informen mejor el proceso de resolución de problemas comprendiendo mejor por qué reaccionaron ante un determinado estímulo con una emoción determinada y así, finalmente comprender mejor por qué la situación dada es en realidad un problema.
- Para procesar en última instancia la situación estresante de manera más reflexiva y tranquila a través de la resolución de problemas planificada.

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) dicen que nuestras emociones pueden lastimarnos potencialmente, pero también pueden ayudarnos, incluso las negativas, como tristeza, tensión y enojo. Las emociones en general son importantes para alertarnos en cierta manera, afinar la toma de decisiones, mejorar nuestra habilidad para recordar ciertos eventos.

Como sabemos, un estímulo estresante se percibe inicialmente por el tálamo, que a continuación, envía el mensaje a la amígdala, así como la corteza en cuestión de milisegundos. Sin embargo, debido a que la amígdala se activa en cuestión de milisegundos, el cuerpo es probable que reaccione de forma más automática basada en el aprendizaje pasado, en comparación con un intento de comprensión razonada. Si no tenemos el tiempo y la capacidad de detener este proceso, y si el

estímulo emocional es continuo, la amígdala también recibe bombardeos continuamente y nuestras reacciones emocionales pueden llegar a ser más intensas. Es por eso que Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) creen que es importante enseñar el "alto y tranquilízate" a las reacciones emocionales inmediatas con el fin de permitir que sus procesos de funcionamiento ejecutivo puedan manejar la situación del problema en un enfoque más tranquilo y reflexivo.

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) plantean el Método de SSTA por sus siglas en inglés o ATPA:

A= Alto

T= Tranquilízate

P= Piensa

A= Actúa

ALTO: cuando sea consciente de experimentar una reacción emocional que tiene el potencial de convertirse en una respuesta negativa.

TRANQUILIZAR: la propia respuesta emocional con el fin de **PENSAR:** más de manera planificada sobre qué hacer en la situación, con un grado reducido de interferencia de la emoción negativa provocada.

ACTUAR: mediante la realización de un plan de solución o acción orientada a hacer frente de manera efectiva a la situación estresante.

Existen técnicas de relajación que nos ayudan a detener la activación fisiológica de la emoción que estamos experimentando y permiten tranquilizarnos como: la respiración diafragmática, que permite llevar oxígeno a todo el cuerpo; relajación muscular progresiva de Edmund Jacobson, que consiste en la continua tensión y relación de músculos hasta lograr una relajación completa del cuerpo; entrenamiento autogénico de Shultz (1969), que consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante 6 ejercicios fisiológicos y racionales que son:

- Ejercicio de pesadez

- Ejercicio de calor
- Ejercicio de pulsación
- Ejercicio respiratorio
- Regulación abdominal
- Ejercicio de la cabeza;

y visualización guiada de escenarios imaginarios que producen un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo.

Tercera Herramienta: "Pensamiento saludable e imágenes positivas": superar el pensamiento negativo y la baja motivación.

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) hacen alusión a dos barreras significativas que impiden la solución efectiva de un problema: el pensamiento negativo y sentimientos de desesperanza.

Si una interpretación es negativa, entonces la reacción emocional resultante es también probable que sea negativa. Por el contrario, si la interpretación es más positiva y realista, entonces es más probable que sea positiva y realista la reacción emocional.

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) nos dicen que existen dos herramientas para superar el patrón de pensamiento negativo, la primera es el modelo ABC que más adelante se desarrollará con mayor profundidad cuando se hable acerca de la Terapia Racional Emotiva y la segunda herramienta es el juego de interpretación de roles a la inversa que se describirá a continuación.

El modelo ABC

Esta estrategia se enfoca en los pensamientos que la gente refiere de si mismos, las expectativas que tienen acerca de alguna situación y el entendimiento que tienen acerca de cómo opera el mundo. Esta estrategia pretende identificar el pensamiento negativo y mediante reestructuración cognitiva, disputar creencias

irracionales , las pruebas de comportamiento de la validez de las cogniciones negativas, y la modificación del núcleo desadaptativo de las creencias o esquemas disfuncionales.

El modelo ABC se puede explicar que la forma en que uno piensa acerca de una situación puede tener un impacto directo en el propio estado emocional y, por lo tanto, pueden impactar negativamente en la propia capacidad de participar de manera efectiva en la solución de problemas planificada. Este marco de trabajo utiliza los siguientes componentes con el propósito de delinear las reacciones internas de una persona a un problema estresante:

A: situación activante

B: lo que se piensa o dice acerca de A

C: consecuencias emocionales

Cuadro 1. Registro ABC

A	B	C
Situación	Creencias	Consecuencias

Utilizando un ejemplo de un problema de estrés actual , se pide a los pacientes a identificar los pensamientos, creencias y / o actitudes (B) relacionados con el problema (A). Ejemplos de dialogo interno negativo o cogniciones que puedan dar lugar a reacciones emocionales negativas (C) incluyen palabras altamente evaluativas, palabras catastróficas cuando la situación no es de vida o de muerte, sobregeneralizar términos y frases hostiles.

El uso de esta herramienta, es dirigida a que los pacientes sean capaces de examinar sus propios pensamientos internos, por lo que tanto el terapeuta y el

paciente pueden participar en la distinción entre el diálogo interno constructivo y realista frente al desadaptativo e inexacto.

Juego de interpretación de roles a la inversa

Este procedimiento está dirigido a ayudar al paciente a cambiar sus creencias desadaptativas y la percepción distorsionada de las situaciones. El paciente es dirigido a interpretar a un amigo, un consejero o un terapeuta, de manera que cree argumentos en contra de sus creencias irracionales proporcionando razones de porque esos pensamientos son incorrectos y disfuncionales, así, el paciente comenzará a verbalizar los aspectos hacia orientación positiva del problema.

Como ya lo había mencionado, Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013) también hablan de cómo superar los sentimientos de desesperanza y la baja motivación que surge de una orientación negativa del problema y como visualizar el éxito, y para esto proponen dos herramientas.

- Visión positiva para superar la desesperanza

Cuando una persona está desesperanzada y tiene una dificultad para continuar con su tratamiento, esta actividad es la mejor. Muchas veces las personas prestan más atención a los sentimientos negativos asociados con el problema en lugar de las posibles consecuencias positivas asociadas con el resolver del problema. Se pide a la persona que viaje al futuro y piense todo lo que ocurre después de haber resuelto exitosamente el problema, este ejercicio ayuda a las personas a experimentar algo positivo, sentirse un poco más motivados para tratar de hacer algo diferente.

- Visión positiva para el logro de metas

Esta actividad consiste en llevar a cabo las tres estrategias de la primera herramienta: multitarea que son visualización, externalización y simplificación para que cada vez se sientan más motivados de trabajar hacia su meta.

Cuarta Herramienta: "La resolución de problemas planificada": fomentar la resolución de problemas efectiva

Para concluir, esta última herramienta, como ya se había mencionado, se centra en enseñar a las personas los siguientes cuatro conjuntos de habilidades para la resolución de problemas planificada, según Nezu, Nezu y D'Zurilla (2013):

1. Definición del Problema
2. Generación de Alternativas
3. Toma de Decisión
4. Verificar e Implementar la Solución

Para la evaluación de solución de problemas, D' Zurilla y Nezu crean el "Inventario de Solución de Problemas Sociales".

Cuadro 2. Ficha de Inventario de Solución de Problemas Sociales

IDENTIFICACIÓN
Nombre: Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI).
Nombre original: <i>Social Problems Solution Inventory</i> (SPSI).
Autores: D' Zurilla y Nezu.
Año: 1990.
Versiones: existe una versión revisada de este cuestionario; Inventario de Solución de Problemas Sociales – Revisado (SPSI-R) (D' Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1997).
Adaptación española: traducción realizada por M. Muñoz y M. Crespo (Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid).
DESCRIPCIÓN
Tipo de instrumento: cuestionario.

Objetivos: evalúa las estrategias de solución de problemas centrándose en el componente motivacional y en la organización de la acción.
Población: adultos
Número de ítems: 70
Descripción: el SPSI tiene 70 ítems agrupados en dos subescalas: a) escala de orientación al problema o componente motivacional (evaluación primaria y secundaria) compuesta por las subescalas: cognición, emoción y conducta; b) escala de habilidades de solución de problemas (organización de la acción), compuesta por las subescalas: definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones e implementación/verificación de la solución.
APLICACIÓN
Tiempo de administración: 15 minutos aproximadamente.
Normas de aplicación: el sujeto señala en qué medida las afirmaciones que se plantea son verdaderas en su caso, en función de cómo resuelve habitualmente sus problemas. Para señalar las respuestas utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos, de 0 ("nada en absoluto") a 4("completamente").
Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación post-tratamiento.

7.8 Intervención Terapéutica Cognitivo-Conductual

La terapia Cognitivo-Conductual es un termino genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales 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 superposición de que un aprendizaje anterior esta produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia es reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o

proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Ellis, 2002).

7.8.1 Terapia Racional Emotivo-Conductual para el manejo del enojo

Ira, hostilidad y agresión son conceptos vitales en muchas teorías de la personalidad (Spielberger, 1983).

El concepto de ira se refiere, generalmente, a un estado o condición emocional psicobiológico que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo. La hostilidad implica la experiencia frecuente de sentimientos de ira. Pero este concepto tiene también la connotación de un complejo conjunto de actitudes que incluyen el rencor, así como conductas agresivas y vindicativas. Mientras que la ira hace referencia a sentimientos, los conceptos de hostilidad y agresión se utilizan generalmente para aludir a actitudes negativas y conductas destructivas y punitivas (Spielberger, 1983).

Los hallazgos de la investigación de Spielberger sobre la expresión y el control de la ira, indican que la ira y la hostilidad contribuyen a la patogénesis de muchos trastornos médicos comunes incluyendo la hipertensión, la enfermedad coronaria y el cáncer. Estos hallazgos indican también que la intensidad de la ira experimentada y la vía por la que se expresa constituyen variables críticas. Por esta razón, la ira debe distinguirse, conceptual y operativamente, de la experiencia de la ira como estado emocional, así como las diferencias individuales en tendencia a la ira en cuanto rasgo de personalidad.

En el estudio sobre la expresión de la ira, Spielberger menciona que suele hacerse la clasificación de sujetos de "ira interna" si tiende a suprimirla o dirigirla interiormente hacia sí mismos y de sujetos con "ira externa" si tienden a expresar su ira hacia otras personas u objetos del entorno.

En resumen, para Spielberger:

- Ira se refiere a un estado caracterizado por sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable.
- Hostilidad hace referencia a una actitud persistente de valoración negativa de y hacia los demás.
- Agresión se entiende como una conducta dirigida a causar daño a personas o cosas.

A partir de estas definiciones se deduce que la ira como emoción es una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de actitudes hostiles y de manifestaciones de conducta agresiva. Por eso, a continuación se explicará la teoría de la Terapia Racional Emotivo-Conductual que fue aplicada en ayuda a modificar estos patrones de conducta y pensamiento que hacen al paciente disfuncional.

La teoría de la Terapia Racional Emotivo–Conductual (TREC) fue formulada por Albert Ellis PhD, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la American Psychological Association.

La propuesta de la TREC es que, pensamientos, sentimientos y conductas actúan de forma integral en el individuo, y, que la perturbación emocional proviene de la evaluación que hacemos de esos hechos, según lo percibimos. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta) (Ellis, 2002).

La TREC se basa en que la perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones de esas situaciones. Si estas interpretaciones son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, Ellis las llama "Irracionales". Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia lógica entre premisas y conclusiones, se llaman "Racionales".

Es importante aclarar que algo será "Racional" o "Irracional" en tanto el paciente evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él. Evaluar que el paciente sea funcional o disfuncional. Cuando se dice que el paciente es disfuncional se refiere a que el individuo se enoja, se deprime o se angustia, de forma que no le permite sentirse bien, no le permite lograr sus objetivos, lo inmoviliza emocionalmente, le produce consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo (Ellis, 2002).

El ABC del TREC

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 creencias que ha desarrollado de sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975).

A) Los acontecimientos activantes:

Ellis expone que cuando una persona que asiste a psicoterapia describe un acontecimiento que les perturba, el terapeuta debe pensar en tres elementos:

1. ¿Qué sucedió?
2. ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió?
3. ¿Como evaluó la persona lo que sucedió?

Los primeros dos elementos se relacionan con A o el acontecimiento, el último elemento se refiere al sistema de creencias del paciente.

Otro aspecto importante de la TREC es que hace diferencia entre realidad objetiva y realidad percibida. La primera es la realidad confirmable, el hecho en sí, lo que realmente sucedió y que se puede confirmar y probar a través de los hechos. La segunda, es la realidad que percibe el paciente y cómo supuestamente cree que es, es la realidad según y cómo el paciente la está evaluando.

Algo importante es que en la TREC el término creencia se utiliza para referirse a las cogniciones, a los pensamientos; las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad. Por eso la propuesta B de la TREC es que son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.

C) Las consecuencias:

Ellis explica que por lo general, las personas acuden a terapia debido a que se sienten mal, porque hay conflictos o problemas a nivel emocional, es decir, en el lenguaje de la TREC, acuden a terapia debido a C, las consecuencias disfuncionales, derivadas de la situación problema.

También decía que hay personas que pueden hablar sin problemas de sus emociones y conductas, debido a ciertos hechos o acontecimientos activantes, porque de acuerdo a su forma de pensar, su malestar emocional se debe a esos hechos o situaciones.

Sin embargo, para la persona que encuentra dificultad en expresar sus emociones, se pueden inferir la presencia de ciertos estados emocionales (Lega, Caballo y Ellis, 1997):

1. Observando el comportamiento de la persona y usar como señales esas conductas. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):
2. Las consecuencias emocionales más frecuentes que presenta la persona ante las situaciones de la vida real. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):
3. Usando la teoría racional emotivo–conductual, para conocer el sistema de creencias de la persona, y así poder inferir su emoción específica. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):

Un aspecto importante a destacar es que para la TREC no todas las emociones son inapropiadas, o serán objetivos para modificar. De hecho, las emociones son muy útiles en nuestra vida diaria, y es parte de nuestra supervivencia. La

diferenciación que propone la TREC son dos, las emociones que benefician y son funcionales y las emociones que son disfuncionales. Se pueden diferenciar unas de otras, debido a que las emociones que se consideran disfuncionales son las que no permiten conseguir los logros y las metas propuestos, el paciente no disfruta de su vida y puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para sí mismo.

Ellis decía que también hay emociones esperables en ciertas situaciones, por ejemplo, la tristeza debido a la muerte de un ser querido, sin embargo, cuando esa tristeza se prolonga durante mucho tiempo, es muy debilitante, la persona se aísla y se deteriora su capacidad de autocuidado, entonces se convierte en una emoción disfuncional, perturbadora y es un objetivo para la intervención terapéutica. Se diría que es una emoción negativa perturbadora.

Y que de hecho, el poder diferenciar una emoción perturbadora, de una no perturbadora es uno de los aportes más útiles de la TREC, aunque también, al no poder operacionalizar, o dar una definición operativa, resulta un poco problemático. Sin embargo, es un paso necesario, ya que implica un objetivo claro que se plantea a nivel terapéutico y es "transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas. Algunas pueden ser:

- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración.
- Emociones perturbadoras: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza" (Caballo, Leal y Ellis, 1997).

B) Las creencias o las B:

Como se mencionó anteriormente, para la TREC se dan dos sistemas de creencias, las racionales (rB, ya que en inglés es Belief = creencia) y las irracionales (iB) y ambas son evaluaciones de la realidad, y en las personas se dan ambos tipos de pensamiento.

Algunas características de las creencias irracionales, que pueden ayudar a su detección son:

1. No tienen una lógica consistente. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):
2. No se pueden probar a través de la realidad empírica. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):
3. Son absolutistas y dogmáticas. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):
4. Como consecuencia provocan emociones que perturban al paciente. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):
5. No ayudan a conseguir los objetivos trazados. (Lega, Caballo y Ellis, 1997):

Ellis sugiere que también hay que buscar entre los “debería de” y “tendría que”, ya que estos son realmente indicios de un pensamiento absolutista y dogmático. En este apartado también es importante resaltar algo, y es que no siempre que el paciente utilice los términos “debo de” o “tengo que” significa que esté hablando de demandas o exigencias, en algunas ocasiones también se utilizan de forma inocua. El problema se da cuando lo utiliza como un imperativo, como si fuese un dogma moral. El terapeuta deberá hacer la distinción de si la expresión conlleva un significado absolutista, tomando en cuenta el contexto del paciente y su estado emocional.

FIGURA 1. Modelo ABC de la terapia racional emotivo-conductual

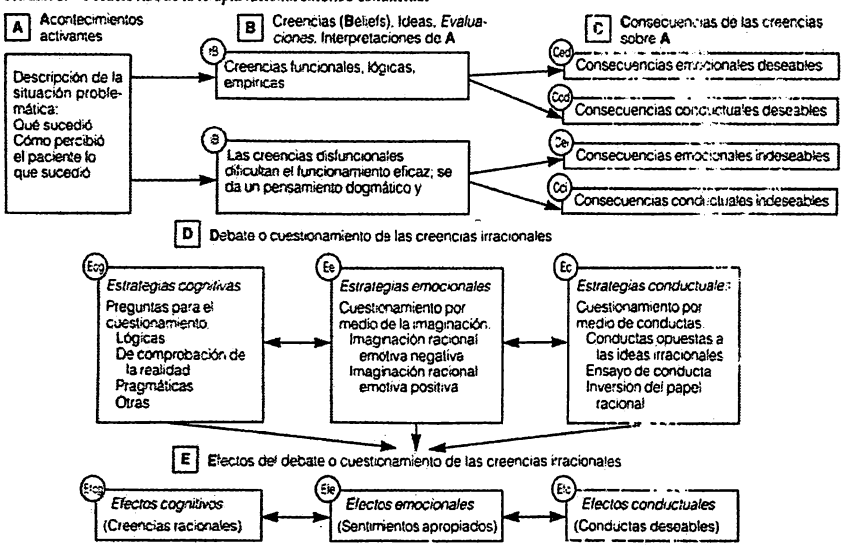


Figura 1. Modelo ABC de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. (Tomada de "Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual" de Lega, Caballo y Ellis, 1997)

Las bases de la TREC:

Como se mencionó anteriormente, para la TREC el elemento principal en el trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el paciente sobre sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas "debo de" y "tengo que" en relación a estos tres aspectos.

Es por eso que la propuesta de Ellis sobre este enfoque es que esos "debo de" y "tengo que" rígidas agrupadas dentro de la triada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas inferencias, y son tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación.

Ellis (1997) expone de forma más detallada los siguientes tres puntos:

1. Tremendismo: se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo, es pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.
2. Baja tolerancia a la frustración o no lo puedo soportar: es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar pasando por esa situación; por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia. Ya sea que la situación presente la probabilidad de presentarse: "si tal cosa ocurre es insoportable, terrible, horrible"; o bien si no hay probabilidad de que se presente: "si tal cosa no ocurre, es insoportable, terrible, horrible".
3. Condenación: tendencia a evaluar como "mala", la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien vale como persona (amigo/a, familiar, pareja) con base a lo que la persona hizo o dejó de hacer, de acuerdo a las demandas que se tengan hacia ésta. Ejemplo: si la pareja no hizo lo que le pedí, como se suponía que debería de haberlo hecho, no es la pareja que yo pensaba, y me decepcionó. O si hizo algo que no debió haber hecho, no es lo que yo pensaba y me decepcionó. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general.

Además del trabajo de Albert Ellis con la TREC, a inicios de los sesenta, Aaron Beck, también da a conocer su trabajo dentro del enfoque cognitivo, para este autor, las personas escuchan sus pensamientos debido a las siguientes características que éstos presentan:

1. Son mensajes específicos discretos, por ejemplo "ella no te quiere", "la gente piensa que eres tonto/a", "si te pones esa ropa te verás ridículo/a".
2. Parecen taquigrafiados, es decir, pocas y esenciales palabras, o imagen visual breve.
3. No importa lo irracionales que sean, igual se creen.

4. Se viven como espontáneos, es decir, entran de golpe en nuestra mente, algo pasa e inmediatamente se presenta una frase mental.
5. Se expresan en términos absolutistas.
6. Tienden a dramatizar, ven peligro en todas partes y siempre suponen lo peor.
7. Son relativamente idiosincráticos, solo se tiene una perspectiva de la situación.
8. Son difíciles de desviar, ya que son creíbles, se filtran e integran inadvertidamente en el diálogo interno.
9. Son aprendidos, ya que hemos sido socializados/as para interpretar los sucesos en cierta forma.

En el Cuadro 2 se muestran las 3 creencias irracionales básicas de Ellis (1997):

Cuadro 2. Las tres creencias irracionales básicas.

LAS 3 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS	
Con respecto a:	Idea irracional
Uno mismo	"Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones".
Los demás	"Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa"
La vida o el mundo	"La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad"

Por último, debido a estas características de las creencias, Ellis habla de que la TREC es un enfoque psicoeducativo, es decir, parte de la tarea del terapeuta en un proceso psicoterapéutico, es enseñar al paciente su forma de pensar, se le enseña el A B C, se le enseña las características mencionadas anteriormente y se

le enseña a prestarle atención a sus ideas y pensamientos, para que a partir de ese aprendizaje, pueda ser posible el cambio.

1. Darse cuenta de que son ellos los que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas, y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico – empíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.

Búsqueda de pensamientos alternativos

Como ya se mencionó, el último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Los pensamientos alternativos son las conclusiones de una reestructuración cognitiva. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?

El procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva es el siguiente:

1. Identificación de los pensamientos inadecuados
2. Evaluación y análisis de estos pensamientos
3. Búsqueda de pensamientos alternativos

Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Los pacientes con dificultades en el manejo del enojo a menudo presentan deficiencias en su comportamiento asertivo (Fine, Olson; 1997). Las intervenciones diseñadas para aumentar el comportamiento interpersonal

adaptativo se basan en la adquisición de habilidades sociales tomando como eje principal la asertividad.

Walter Riso (1988) define la conducta asertiva como: « Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin medir distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo a sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta ».

El individuo asertivo suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales. Está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo. El individuo asertivo es expresivo, espontáneo, seguro y capaz de influenciar a los otros. Fundamentalmente ser asertivo, es darse cuenta sobre sí mismo, como al contexto que lo rodea. Al darse cuenta respecto a sí mismo, consiste en mirar dentro para saber lo que quiere antes de mirar alrededor, para ver lo que los demás quieren y esperan de una situación dada.

- Conducta Asertiva o Socialmente Hábil.

Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. El individuo tiene que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos.

Nezu, Nezu y Lombardo (2006) plantean que el entrenamiento en habilidades de asertividad implica enseñarles a identificar deficiencias conductuales específicas, a

ensayar comportamientos asertivos adecuados y a aplicar estos comportamientos recién aprendidos a situaciones de "la vida real".

8. Resultados obtenidos

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de la intervención efectuada en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"; de la parte administrativa, pacientes atendidos en preconsulta, terapia y talleres justificando así, los conocimientos adquiridos.

8.1 Abrir expedientes

En el Cuadro 3, se puede observar el numero de expedientes abiertos por mes, en los cuales participé; como se puede observar, el mes de mayo y agosto se presentó mayor número de solicitudes de atención.

Cuadro 3. Número de expedientes abiertos durante el Servicio Social

Mes	Expedientes Abiertos
Mayo	19
Junio	2
Agosto	13
Septiembre	2
Octubre	2
Total	38

8.2 Archivo clínico

En el Cuadro 4 se muestra el número de expedientes solicitados en el Centro que maneje, de los cuales fui responsable en el área de archivo clínico, mostrando así una labor equitativa.

Cuadro 4. Manejo de expedientes en el archivo clínico.

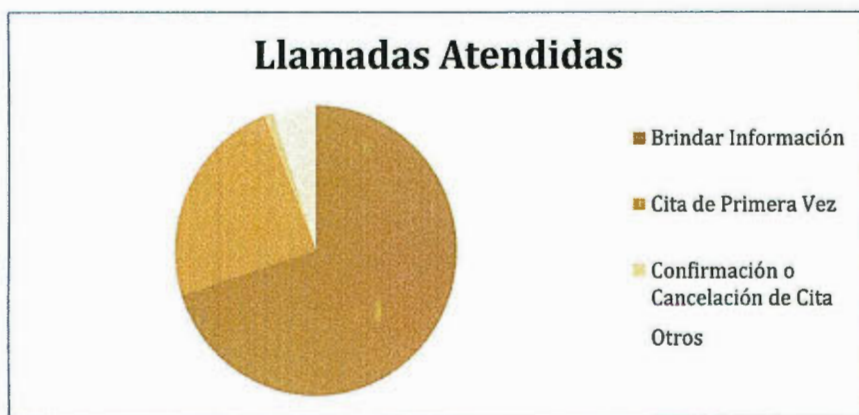
Entrega de Expediente	Recibo de Expedientes
124	124
Total: 248	

8.3 Llamadas

En el Cuadro 5 se muestra la cantidad de llamadas atendidas por mí durante mi turno en recepción, como se puede ver el mayor número de llamadas atendidas van dirigidas a brindar información lo cual nos exige estar enterados de todo lo que ocurre con el Centro y en segundo lugar, la atención de servicio que damos al conciliar citas de primera vez.

Cuadro 5. Llamadas atendidas durante el Servicio Social

Motivo de Llamadas		Llamadas Atendidas
Brindar Información	113	68.48%
Cita de Primera Vez	40	24.24%
Confirmación o Cancelación de Cita	3	1.8%
Otros	9	5.45%
Total	165	100%



8.4 Actividades de formación

8.4.1 Observación

- ✓ Fecha: Junio 12, 2013

Ficha de Identificación: Femenino, 40 años. Víctima de abuso sexual.

Observación: se enfocó la observación en el manejo de la historia clínica del caso. Cámara de Gesell

- ✓ Fecha: Junio 12, 2013

Ficha de Identificación: Femenino, 20 años. Déficit en toma de decisiones con respecto a su pareja.

Observación: se enfocó la observación en el manejo del caso en la entrevista de primer contacto. Pantalla

- ✓ Fecha: Septiembre 29, 2013

Ficha de Identificación: Masculino, 14 años. Acusado de abuso sexual a un menor

Observación: se enfocó la observación en el estudio del caso en la entrevista de primer contacto. Camara de Gesell

- ✓ Fecha: Noviembre 19, 2013

Ficha de Identificación: Femenino, 40 años. Su pareja se niega a casar con ella y esto le causa enojo.

Observación: se enfocó la observación a la contratransferencia del terapeuta con el paciente. Pantalla

8.4.2 Capacitación

- ✓ "Programa de Entrenamiento Clínico: Entrevista de Primer Contacto"

Fecha: Noviembre 08, 2013.

Horas: 6

Objetivo: identificar y describir las habilidades clínicas que facilitan la obtención de información para una formulación de caso clínico.

El objetivo de orientar un caso clínico antes de la entrevista es organizar la información de manera que se pueda tener un marco previo del paciente obtenido de su proceso de admisión.

Una entrevista focal abreviada que reúna información relevante a partir de motivo de consulta que refiere el paciente, antecedente-conducta-consecuencia, componentes de relación, historia del problema, compromiso terapéutico y cierre para la elaboración de una impresión diagnóstica.

✓ "Curso de Actualización en el uso del WAIS"

Fecha: Junio 5, 9 y 12, 2014

Horas: 12

Objetivo: Conocer la nueva versión de WAIS. (WAIS-IV)

El WAIS-IV es una batería para medir inteligencia que destaca en los aspectos psicométrico, clínico y neuropsicológico al mismo tiempo que ofrece pruebas innovadoras en un formato fácil de usar.

El WAIS-IV mantiene el enfoque inicial de considerar a la inteligencia como la "capacidad de una persona para actuar con una finalidad, para pensar racionalmente y desenvolverse con eficacia dentro de su ambiente" (Wechsler, 1944, p.3).

Las doce pruebas procedentes de la WAIS-III se han modificado profundamente:

- a) Se han reformulado o sustituido bastantes ítems, se han añadido nuevos y se ha reducido el tipo de ítems en una prueba;
- b) Se han modificado las consignas de aplicación, los criterios de puntuación y las

normas de inicio y finalización, y

c) Se han reducido o eliminado las bonificaciones por tiempo en algunos ítems.

El WAIS-III (Wechsler, 1999) mantuvo las 11 pruebas originales de la WAIS (Wechsler, 1955) y de la WAIS-R (Wechsler, 1981).

Añadió 3 que son:

1. Matrices
2. Letras y números
3. Búsqueda de símbolos.

La prueba Clave de números presentaba dos aplicaciones opcionales: aprendizaje incidental y copia.

Conserva doce de las pruebas de la WAIS- III

- Cubos
- Semejanzas
- Dígitos
- Matrices
- Vocabulario
- Aritmética
- Búsqueda de símbolos
- Información
- Clave de números
- Letras y números
- Comprensión
- Figuras incompletas

Se incorporan tres pruebas la WAIS-III: nuevas:

1. Rompecabezas visual
2. Peso figurado
3. Cancelación.

Se han suprimido las pruebas:

1. Historietas
2. Rompecabezas
3. Aplicaciones opcionales: aprendizaje incidental y copia, de la prueba Clave de números.

8.5 Pacientes atendidos

En el Cuadro 6 se puede observar la cantidad de pacientes que atendí en entrevista de primer contacto predominando así el sexo femenino. Cabe mencionar que la edad promedio de los pacientes atendidos fue de 26.8.

Cuadro 6. Pacientes atendidos según su género

Sexo		Porcentaje
Femenino	16	80%
Masculino	4	20%
Total	20	100%

El Cuadro 7 muestra el porcentaje de escolaridad de los pacientes atendidos; en él se destaca que en mayor proporción atendí personas con nivel de estudios superiores, lo cual implicó desde mi experiencia que se presentara una mayor comprensión de las instrucciones.

Cuadro 7. Pacientes atendidos según su escolaridad

Escolaridad		Porcentaje
Licenciatura (Concluida)	7	35%
Licenciatura (Proceso)	6	30%
Preparatoria	5	25%

Secundaria	1	5%
Primaria	1	5%

En el Cuadro 8 se observa el número y el porcentaje de pacientes atendidos por tipo de padecimiento, podemos comprobar que una vez más el problema principal es depresión ya que casi todos los pacientes mostraban rasgos y otros el padecimiento como tal, por otro lado vemos que otro problema sobresaliente es la violencia familiar.

Cuadro 8. Pacientes atendidos según su impresión diagnóstica

Impresión Diagnóstica		Porcentaje
Depresión	7	35%
Toma de Decisiones/Solución de Problemas	4	10%
Violencia Familiar/Conducta Disruptiva	6	30%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	5%
Trastornos Alimenticios	1	5%
Neuropsicológicos	1	5%

En el Cuadro 9 se observa la tabla general de pacientes atendidos, mostrando los resultados de las evaluaciones realizadas y actualmente en que programa de intervención se encuentran.

Cuadro 9. Pacientes Atendidos

	Edad	Escolaridad	Edo. Civil	Motivo de Consulta	Impresión Diagnostico	Depresión Beck	Ansiedad Beck	Calidad de Vida	Terapia	
1	F	21	Lic. Psicología		Tristeza, ansiedad.	Depresión				
2	F	36	Lic. Arquitectura	Viuda	Muerte de padre, muerte de esposo, amenaza de extorsión e intento de suicidio	Depresión, canalizada al hospital de psiquiatría para un tratamiento farmacológico	46/ Severo	44/ Severo	F.F 14 F.P 7 F. R S 7 F. A 16	Duelo
3	F	38	Lic. Administración	Casada	Rehabilitación neuropsicológica	Déficit ejecutivo y mnesico, alteraciones frontosubcorticales e hipocampales debido a una tuberculosis del SNC	14/ Leve	16/ Moderado	F.F 20 F.P 20 F. R S 10 F. A 27	Neuropsicología
4	F	21	Lic. Psicología 2º semestre	Soltera	Guía para toma de decisiones	Déficit en la toma de decisiones y solución de problemas	7/ Mínimo	8/ Leve	F.F 28 F.P 23 F. R S 10 F. A 28	Calidad de Vida
5	M	20	Preparatoria	Soltero	Orientación vocacional	Conducta disruptiva				
6	F	27	Lic. Derecho	Soltera	Miedo, ansiedad y problemas derivados de la enfermedad de la madre, Tx. bipolar.	Dependencia emocional con su madre				
7	F	19	Lic. Medicina 2º semestre	Soltera	Trastorno en la alimentación, baja autoestima y frustración.	Trastornos de la alimentación	22/ Moderado	18/ Moderado	F.F 25 F.P 17 F. R S 10 F. A 26	Rx Adolescentes
8	M	25	Preparatoria trunca	Soltero	Depresión, problemas económicos	Familia disfuncional	12/ Leve	17/ Moderado	F.F 29 F.P 21 F. R S 12 F. A 22	Terapia Familiar
9	F	25	Lic. Comercio Internacional	Soltera	Problemas en casa, depresión.	Depresión postparto.	27/ Moderado	14/ Leve	F.F 25 F.P 18 F. R S 8 F. A 26	Ileana González

10	F	29	Preparatoria	Unión Libre	Angustia, depresión, brote psicótico postparto.	Depresión postparto. Trastorno de ansiedad	41/ Severo	35/ Severo	F.F 14 F.P 12 F. R S 6 F. A 15	Medicina Conductual
11	F	50	Preparatoria	Casada	Conflicto con la familia del esposo, al tomar decisiones que considera ser adecuadas para su familia.	Déficit en habilidades sociales	20/ Moderado	20/ Moderado	F.F 25 F.P 18 F. R S 6 F. A 24	Terapia Familiar
12	F	45	Lic. Arquitectura	Soltera	Enojo permanente	Depresión, déficit en habilidades sociales.	37/ Severo	20/ Moderado	F.F F.P F. R S F. A	Taller S.S Aprendiendo a Manejar mis Emociones
13	F	58	Lic. Derecho 5º semestre	Casada	Ansiedad, tristeza, llanto y enojo	Depresión, déficit en habilidades sociales.	27/ Moderado	21/ Moderado	F.F 20 F.P 15 F. R S 7 F. A 30	Taller Aprendiendo a Manejar mis Emociones
14	F	22	Lic. Sociología 3º semestre	Soltera	Ataques de ansiedad, baja autoestima, problemas familiares, abuso infantil	Déficit en toma de decisiones y solución de problemas	38/ Severo	48/ Severo	F.F 11 F.P 12 F. R S 7 F. A 15	Medicina Conductual
15	M	17	Preparatoria	Soltero	Divorcio de padres y bajo rendimiento escolar	Bajo aprovechamiento	23/ Moderado	12/ Leve	F.F 18 F.P 15 F. R S 6 F. A 19	Rx en Adolescentes
16	F	22	Lic. Economía 5º semestre	Soltera	Problemas en relaciones interpersonales	Violencia familiar y déficit en habilidades sociales	21/ Moderado	15/ Leve	F.F 25 F.P 20 F. R S 16 F. A 23	Problemas relacionados con el abuso y negligencia
17	F	20	Lic. Arquitectura	Soltera	Pérdida de interés por la vida	Depresión	44/ Severo	32/ Severo	F.F 23 F.P 15 F. R S 10 F. A 31	Trastornos de Depresión
18	F	20	Lic. Economía 5º semestre	Soltera	Sentimiento de inconformidad ante la elección de su carrera, sufre ansiedad. Sobreviviente al accidente de Facultad de	Déficit en toma de decisiones. Estrés postraumático	13/ Leve	11/ Leve	F.F 25 F.P 20 F. R S 10 F. A 31	Taller S.S Solución de Problemas

Economía

19	M	12	1º de Secundaria	Soltero	Déficit en habilidades sociales y problemas en relaciones interpersonales	Trastorno obsesivo compulsivo	10/ Leve	22/ Moderado	F.F 21 F.P 18 F. R S 10 F. A 24	Trastornos de Personalidad
20	F	10	5º de Primaria	Soltera	Problemas en relaciones interpersonales, reto a figuras de autoridad y miedo constante.	Conducta disruptiva, estrés postraumático				Martha Lopez/

8.6 Propuesta de Taller

En la prevención secundaria el trastorno o el problema ya ha aparecido y se busca reducir su prevalencia, esto quiere decir, acortar la duración del problema interviniendo en las primeras fases del problema para que no se agrave.

Cuadro 10. Carta descriptiva de las siete sesiones de intervención

CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS **NUMERO DE SESIONES:** 7
LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"
FECHA DE INICIO: **DURACION SESIÓN:** 2 HRS
FECHA DE TÉRMINO:
PERFIL DE PARTICIPANTES: ADULTOS JOVENES ENTRE LOS 18 A LOS 30 AÑOS QUE HAYAN SOLICITADO ATENCIÓN EN EL CSP Y PRESENTEN DIFICULTAD EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
INSTRUCTORES: PAOLA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
OBJETIVO GENERAL: DOTAR A LOS PACIENTES DE UN ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN DONDE PUEDAN RESOLVER LA DIFICULTAD DE SOLUCIONAR UN PROBLEMA COTIDIANO.

Sesión	Tema	Concepto	Objetivo específico	Actividad	Estrategia de enseñanza	Rec. pedagógicos	Rec. físicos (material)	Formas de evaluación
1	Introducción: -presentación del instructor y los pacientes. -presentación del taller y su contenido. Decir en qué consiste y cómo se desarrollará. -establecimiento de reglas. -aplicación de inventario de solución de problemas sociales (D'zurilla y Nezu)	Hablar sobre los beneficios del taller. Con el objetivo de abrir la expectativa de los pacientes	Integración del grupo. Generar en los pacientes una conducta de integración Presentar a los pacientes el contenido del taller y establecer las reglas para su inicio.	Dinámica telarañosa para romper el hielo Lluvia de ideas para establecer reglas Contestar inventario de solución de problemas sociales (D'zurilla y Nezu)	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión.	Presentación power point.	Computadora y proyector	Revisión de tareas, crear incentivos y consecuencias.
2	Tema 1: -definición y constructos de la terapia en solución de problemas Tema 2: -modelo de solución de problemas	-problema -solución de problemas -orientación de los problemas positiva y negativa -estilos de solución de problemas: Impulsivo Evasión Planificado	Enseñar a los pacientes el modelo de solución de problemas empezando por la orientación de los problemas y las formas de afrontar los problemas, planificado, de evasión y de manera impulsiva y descuidada.	- reflexión sobre como se han enfrentado a los problemas y eventos que recuerden haber intentado enfrentar así su problema.	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión pasada.	Presentación power point.	Computadora y proyector	Revisión de tareas, crear incentivos y consecuencias.
3	Tema 3: -caja de herramientas: -solución de problemas en multitareas	-cómo usar una caja de herramientas -sobrecarga cognitiva -externalización -visualización -simplificación	Enseñar a los pacientes como lidiar con la sobrecarga cognitiva que conlleva el afrontar una situación mediante los métodos de externalización, visualización y simplificación.	-practicar las 3 estrategias multitarea -comprar un cuaderno de externalización en donde escriban su problema y practiquen esta estrategia -practicar con alguien el handout	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión pasada.	Presentación power point.	Computadora y proyector	Revisión de tareas, crear incentivos y consecuencias.
4	Tema 4: -caja de herramientas: -el método de ssta	-alto -tranquilizate -piensa -actúa -técnicas de relajación	Enseñar a los pacientes a superar la desregulación emocional y la desadaptación que conlleva a la solución de problemas bajo estrés	-identificar y escribir mis detonantes. -practicar las diferentes técnicas de relajación.	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión	Presentación power point.	Computadora y proyector	Revisión de tareas, crear incentivos y consecuencias.



pasada.

5	Tema 5: -caja de herramientas: -pensamiento saludable e imaginación positivas	Abc: -situación o evento activante (a) - pensamientos (b) -reacción emocional (c)	Enseñar a los pacientes a superar el pensamiento negativo y la baja motivación.	-registro abc de pensamientos. -identificar si uso la charla con uno mismo negativa y si esto es así, cambiarlos por declaraciones positivas.	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión pasada.	Presentación power point	Computadora y proyector	Revisión de tareas, crear incentivos y consecuencias.
6	Tema 6: -caja de herramientas: -la resolución de problemas planificada	Los 4 pasos de solución: -definir el problema -generar alternativas -toma de decisión -implementar la solución	Fomentar en los pacientes la resolución de problemas efectiva	-traer ejemplos de problemas que necesiten ser arreglados usando los 4 pasos.	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión pasada.	Presentación power point	Computadora y proyector	Revisión de tareas, crear incentivos y consecuencias.
7	-aplicación de inventario de solución de problemas sociales (d'zurilla y nezu) Cierre del taller	-conocimientos adquiridos. -sugerencias o pensamientos que quieran compartir que hayan surgido durante todo el taller. -agradecimientos y despedida	Llevar a cabo el cierre del taller invitando a los participantes a que manifiesten su aprendizaje y los beneficios adquiridos por la asistencia al taller, que se aclaren dudas no resueltas en los participantes.	-lluvia de ideas. -contestar inventario De solución de problemas sociales (d'zurilla y nezu)	Preguntas abiertas para repaso de temas vistos en la sesión pasada.			

8.7 Caso Clínico

El paciente A, masculino de 20 años, presenta problemas de manejo de enojo. El paciente, reporta acudir al Centro por su carácter explosivo, que lo lleva al hospital a sufrir una parálisis facial, comenta que pelea frecuentemente con su familia, inclusive llega a ser violento y se ha lastimado, el conflicto en especial es con su padre, ya que tiene un medio hermano de 37 años, adicto a la cocaína y éste le pide hacerse cargo de él. Además tenía una relación violenta con su pareja anterior que le causaba muchos problemas y eso perjudicaba la relación con su familia; posteriormente, cuando retomé el caso, el paciente ya había dejado a su pareja conflictiva pero continuaba teniendo problemas con su madre.

Familiograma:

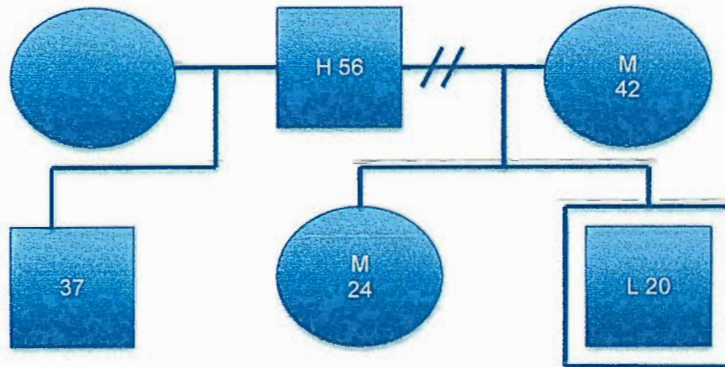
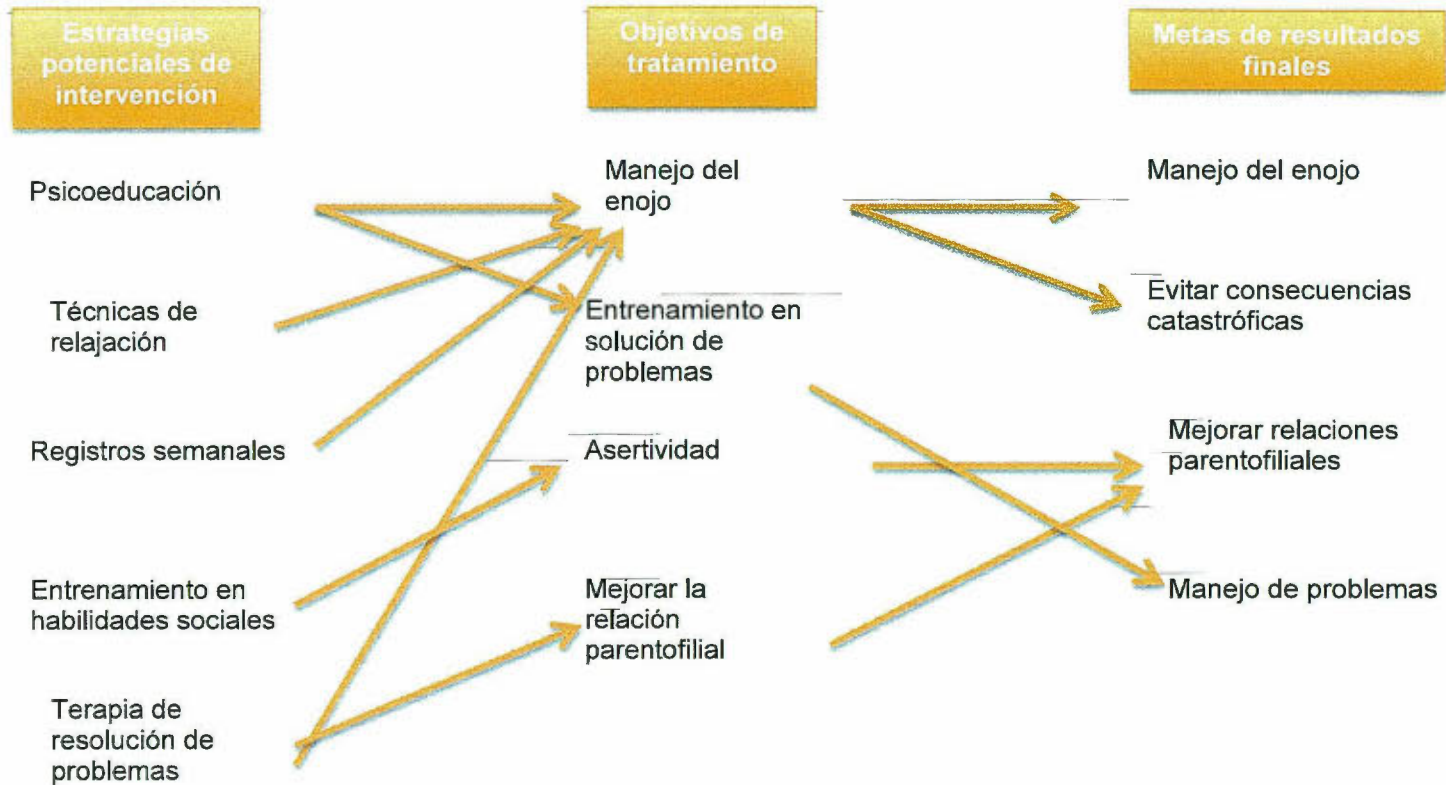


Figura 2. Familiograma

Mapa de Alcance de Metas.



Mapa Clínico de Patogénesis.



Cuadro 11. Plan de tratamiento y Objetivo terapéutico

Plan de Tratamiento		
Sesión	Técnica/Estrategia psicológica propuesta	Objetivo terapéutico
1	Entrevista de primer contacto	Mediante una serie de indagaciones, conocer el motivo de consulta del paciente; cuál es el problema; desde cuándo lo presenta; y cómo esto afecta en su ámbito familiar, de trabajo y de pareja. Con el fin de estructurar, determinar y analizar el problema para dar inicio al plan de tratamiento.
2	Evaluación	Conocer el estado en el que se encuentra el paciente, mediante la aplicación de MMPI, Depresión de Beck, Ansiedad de Beck, Calidad de Vida, STAXI y Solución de Problemas.
3	Historia Clínica	Mediante una entrevista semiabierta, conocer los antecedentes de vida del paciente.
4	Encuadre	Dar a conocer al paciente el plan de tratamiento que se tiene pensado para él, llevar a cabo el establecimiento de reglas para una convivencia y aclarar dudas que puedan surgirle al paciente sobre la forma de intervención.

5	Psicoeducación	Concientizar al paciente sobre su problema de manejo del enojo, definiendo: qué es el enojo, las reacciones fisiológicas y posibles soluciones para su control.
6	Registro fisiológico	<p>Llevar un registro que permita observar el progreso de relajación que manifiesta el paciente mediante la toma de signos vitales.</p> <p>Parámetros de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial: 90/60 mm/Hg hasta 120/80 mm/Hg. • Respiración: 12 a 18 respiraciones por minuto. • Pulso: 60 a 100 latidos por minuto. • Temperatura: 36.5-37.2° C/promedio de 37° C.
7	Técnicas de relajación	Enseñar al paciente técnicas de relajación con el fin de dotarlo de herramientas que lo ayuden a disminuir la activación fisiológica elevada que esta asociada a la emoción del enojo.
8	Registro ABC	Introducirlo a la Terapia Racional Emotiva Conductual. Mostrarle qué es un registro ABC; el significado de A, B y C, esto es, la situación activante, la relación que hay entre su pensamiento-emoción-conducta, así como enseñarle a elaborar su propio registro, para identificar si existen creencias que lo hacen

disfuncional.

Registro A B C

A	B	C
Situación	Creencias	Consecuencias

9 Ideas y pensamientos irracionales y creencias
Mediante el registro A B C, enseñar al paciente que existen ideas o pensamientos que él piensa y que lo hacen disfuncional para identificar el origen de su problema y ayudar a solucionarlo.

10 Reestructuración Cognitiva
Enseñarle al paciente que no son los acontecimientos lo que le genera los estados emocionales, sino la manera como los interpreta. Inducirlo a una nueva forma de pensar que disminuya o elimine estos pensamientos, mediante un debate de ideas para encontrar pensamientos alternativos que lo hagan funcional.

12 Entrenamiento en
Entrenar mediante moldeamientos conductuales específicos adecuados de

	Habilidades Sociales	empatía, escuchar con atención, contacto visual, expresar con claridad necesidades o peticiones, expresar pensamientos positivos, rechazar peticiones o expresar opiniones negativas de una manera que los demás consideren respetuosa, para así obtener una conducta asertiva y mejorar las relaciones interpersonales.
11	Seguimiento	Que el paciente sea capaz de consolidar y extrapolar lo aprendido, conseguir su completa recuperación.

9. Consideraciones Finales

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", comprometido por más de treinta y dos años, ha cumplido con sus principales objetivos como: ofrecer a los estudiantes una formación clínica aplicada y especializada a nivel Licenciatura y Posgrado y ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y a la comunidad en general.

Desde diferentes modelos terapéuticos, el CSP brinda atención psicológica a usuarios, bajo los siguientes programas:

- Entrenamiento en Entrevista
- Entrevista Clínica Psicoanalítica
- Psicoterapia del Duelo
- Terapias Narrativas y Posmodernas
- Intervención Psicoanalítica
- Terapia Racional Emotiva
- Manejo del Enojo
- Violencia de Género
- Evaluación Diagnóstica Infantil
- Intervención en Niños
- Habilidades de Crianza
- Formulación de Casos Clínicos
- Terapia de Grupo
- Terapia Familiar con Perspectiva de Género
- Medicina Conductual
- Control de Emociones
- Trastornos Alimenticios

El programa de Servicio Social, "Practica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa", cumple el propósito de proporcionar un escenario profesional; al igual que la materia de trabajo pertinente que permite reafirmar conocimientos adquiridos durante la formación como estudiante, la adquisición de nuevos conocimientos y desarrollar habilidades personales y profesionales, abordando las problemáticas psicológicas de manera efectiva con responsabilidad, compromiso y calidad humana.

El Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" faculta al prestador de un profesionalismo que a su vez lo dota de seguridad. Debería considerarse importante ampliar el plan de Servicio Social a un año, con el fin de preparar aún mejor a los estudiantes, crear esta seguridad y brindar una elevada calidad del servicio mismo.

A partir de la experiencia como prestadora del servicio social, a continuación se expondrán algunas recomendaciones o sugerencias en puntos de oportunidad que podrían ser de utilidad para el Centro.

La eficacia en el proceso de admisión. Ante el incremento de la demanda de público solicitante de intervención psicológica, se propone un plan de admisión que se lleve a cabo periódicamente y se promueva la participación de alumnos de la Facultad en los diferentes programas de prácticas que ofrece el Centro.

Organización administrativa. Debido a la demanda de trabajo administrativo y el trabajo clínico que desempeñan los prestadores de servicio social dentro del Centro propongo la implementación de un horario específico a los alumnos para atender el área administrativa y prácticas clínicas, de esta manera se hará una mejor distribución de personal con el fin de no abandonar el área o dejarla en descuido, permitiendo a todos los prestadores realizar sus actividades y brindar una atención eficaz y de calidad.

Tratamiento Clínico. Diariamente es necesario enfrentar problemas y conflictos a los cuales se les deben encontrar soluciones aceptables de acuerdo al contexto. El proceso de solucionar problemas implica una serie de capacidades y habilidades que entre otros, requiere ser desarrollado y evaluado.

La resolución de problemas es una actividad cognitiva que consiste en proporcionar una respuesta a partir de una situación, por esta razón, ofrezco el Taller "Solución de Problemas" que se expone en este trabajo y que fue desarrollado dentro de la practica en este Centro para su implementación como una intervención psicológica primaria.

Referencias

- Aiken, L. (2001). *Test Psicológicos y Evaluación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Aliaga K, Guillén R, Quispe F, Robles Y, Solís R, Valencia E, Vargas E. (2008). *Guía de práctica clínica para la intervención psicológica en crisis*. Colegio de Psicólogos del Perú.
- American Psychological Association. (2004). *Los psicólogos: Qué hacen y Cómo nos ayudan*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan.aspx>
- Asociación Mexicana de Alternativas Psicológicas. Murueta, M. *Estructura de la Entrevista*. Recuperado de http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=98&option=com_content&task=view
- Bernstein, D.A., y Nietzel, M.T. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Buela-Casal, G. IV Congreso Multidisciplinar sobre Trastornos del Comportamiento en Menores. *Formulación Clínica de Casos en Trastornos del Comportamiento*. Recuperado de <https://www.obelen.es/upload/44gualberto.pdf>
- Butcher, James N., Dahlstrom, W. Grant, Graham, John R., Tellegen, Auke, and Kaemmer, Beverly. (). *Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2*. México: Manual Moderno.
- Campbell, D.P. (1997). *Manual de Medición de Inteligencia*. Estados Unidos: Editorial Mineapolis.
- Centro de Noticia ONU. (2012). *OMS afirma que la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=24705#UxoF-dznIER>
- D'Zurilla, T.J.(1990). *Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory*. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*.

- Díaz, L. (2011). La observación. Textos de Apoyo Didáctico. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ezpeleta, L. (2005). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Barcelona: Editorial Masson.
- Gregory R. (2006). Evaluación Psicológica. México: Editorial Manual Moderno, 4ta Edición.
- Kavan M, Guck T y Barone E. (2006). A Practical Guide to Crisis Management Am Fam Physician.
- Lega, L. , Caballo, V., Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España Editorial: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Manual de Procedimientos del Centro de Servicios Psicológicos.
- Mendoza C., Alarcón R., Mazzotti G., Nicolini H. (2005). Intervención en Crisis. En: Psiquiatría. 2º Edición. El Manual Moderno
- Miguel-Tobal, J.J.; Casado, M.I.; Cano-Vindel, A.; Spielberg, C.D (2009). Manual: Inventario de Expresión de ira estado-rasgo. Staxi-2. España: Tea Ediciones.
- Nezu, A., Nezu, C., D'Zurilla, T. (2013). Problem-Solving Therapy. New York Springer Publishing Company.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Recuperado de <http://www.paho.org/mex/>
- Pennebaker, J.W. (2004). Writing to heal: A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Schultz, J.H. (1969). El entrenamiento Autógeno. Editorial Científico-Médica, Barcelona.
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en Crisis: Manual de practicas e investigación. México: Editorial Manual Moderno, Segunda Edición.
- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología (2008). Plan 2008: Psicología Clínica y de la Salud. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/64/psicologia-clinica-general>

- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología (2008). Plan 2008: Titulación por Informe Profesional de Servicio Social. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/248/titulacion-de-licenciatura>
- Valenzuela, M.A. (2011). Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/OA_lemocional/tcnica_de_la_reestructuracin_cognitiva.html

Agradecimientos

Gracias a la Maestra Nelly Flores Pineda; Maestra Refugio de María González De La Vega y Ayala; y la Licenciada Damariz García Carranza por tomar este desafío conmigo y exigir de mí lo mejor.

A todos y cada uno de mis maestros de la carrera ya que no hubo día que no aprendiera algo nuevo.

A esta máxima casa de estudios que me formó; a la facultad, que fue mi segunda casa durante toda mi carrera, le tengo gran cariño y orgullo, gracias; y estoy comprometida a demostrar en mi desempeño profesional lo que tanto me dio.