

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

***PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA***

*Práctica Dirigida en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Servicio de Psicología Clínica
del Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut*

Sustentante: Iván Gabriel Herrera Duran

Carnet: B23265

Equipo asesor

Director: Dr. Ronald Ramírez Henderson, PhD

Lectores:

Msc. Carlos Araya Cuadra

Lic. Ruthman Chavarría Chinchilla.

Asesora Técnica:

Dra. Marjorie Moreno Salas

2020

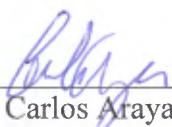
Tribunal Examinador



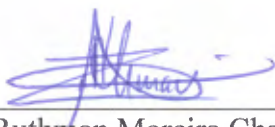
Dr. Jorge Sanabria León
Presidente Tribunal Examinador



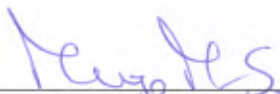
Dr. Ronald Ramirez Henderson
Director TFG



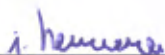
MSc. Carlos Araya Cuadra
Lector TFG



Lic. Ruthman Moreira Chavarría
Lector TFG



Dra. Marjorie Moreno Salas
Profesora Invitada



Bach. Iván Herrera Durán
Sustentante

Resumen

El presente documento detalla el informe de Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica Dirigida, desarrollado en la Unidad de Psiquiatría Aguda del Hospital Especializado Dr. Roberto Chacón Paut; en un lapso de 6 meses comprendido entre marzo y setiembre del año 2019.

El trabajo consistió en la inserción profesionalizante del sustente en la unidad. Dentro de las actividades realizadas destacan: atención individual a usuarios y usuarias del centro médico, elaboración de materiales didácticos y de aplicación clínica para el hospital, desarrollo de actividades grupales con pacientes, desarrollo de evaluaciones neuropsicológicas y elaboración de sus debidos informes.

El documento contiene un detallado informe de la metodología utilizada para lograr el desarrollo de las actividades mencionadas, mediante la utilización de técnicas como: evaluación clínica conductual, examen mental, historia longitudinal, reestructuración cognitiva, psicoeducación, activación conductual, entre otras. Todas desarrolladas en el documento para su comprensión.

Asimismo, se incluye una argumentación teórica, en la cual se explican de manera didáctica los principales trastornos atendidos por el sustentante, como la esquizofrenia, la depresión, los trastornos de personalidad y el trastorno afectivo bipolar. Por este motivo este documento presenta un insumo teórico que puede resultar de ayuda para la formación de futuros profesionales.

Finalmente se realiza una discusión sobre el estado de la formación y la práctica de la psicología clínica en Costa Rica.

Índice de Contenido

I.	Introducción.....	1
II.	Marco Referencial e Institucional.....	4
1.	Contexto Histórico Institucional.....	4
2.	Vinculación con la Institución.....	7
III.	Marco de Referencia Teórico- Conceptual.....	9
1.	Antecedentes internacionales	9
2.	Antecedentes nacionales.....	12
3.	Enfoque Teórico	21
A.	Psicología Clínica.....	21
B.	Terapia Cognitivo Conductual	22
C.	La evaluación psicológica	24
D.	Evaluación Multiaxial	26
E.	Esquizofrenia.....	28
F.	Trastorno Afectivo Bipolar	35
G.	Depresión	37
H.	Trastornos de la personalidad.....	42
IV.	Objetivos.....	46
V.	Metodología.....	48

1.	Etapas de trabajo de la práctica	48
2.	Rutina diaria de trabajo.....	50
3.	Procedimientos y estrategias utilizadas	52
4.	Consideraciones de autocuidado	61
5.	Consideraciones Ético-legales.....	62
6.	Precauciones	62
4.	Supervisiones.....	63
VI.	Resultados.....	64
1.	Recuento total de horas.....	64
2.	Síntesis estadística de las actividades realizadas	66
3.	Características de las personas atendidas	67
4.	Resultados obtenidos por Objetivos Específicos.....	72
5.	Resultados por sección	76
A.	Aporte a la institución y al rol de la psicología.....	77
B.	Aporte a la atención de los y las usuarias.....	84
C.	Competencias Adquiridas	101
6.	Evaluación de la práctica.....	102
7.	Impacto de la práctica en las personas atendidas y en el rol interdisciplinario	106
VII.	Alcances y Limitaciones.....	108
VIII.	Discusión.....	112

IX.	Conclusiones y Recomendaciones.....	126
X.	Referencias	131
XI.	Anexos	144

Índice de tablas

Tabla 1:	<i>Estadísticas de Producción del año 2018</i>	06
Tabla 2:	<i>Categorizaciones de la esquizofrenia</i>	28
Tabla 3:	<i>Los diez principios fundamentales de la activación conductual</i>	36
Tabla 4:	<i>Tipos de Trastornos de la Personalidad</i>	40
Tabla 5:	<i>Recuento de horas por tipo</i>	51
Tabla 6:	<i>Actividades realizadas</i>	53
Tabla 7:	<i>Número de personas atendidas por trastorno</i>	54
Tabla 8:	<i>Número de personas atendidas por lugar de procedencia</i>	56
Tabla 9:	<i>Número de personas atendidas por rango de edad</i>	57
Tabla 10:	<i>Alcances de la práctica por sección</i>	62
Tabla 11:	<i>Datos generales de la población atendida directamente por el practicante</i>	70

Índice de gráficos

Gráfico 1:	<i>Género de personas atendidas en el Hospital en 2018</i>	06
Gráfico 2:	<i>Género de las personas atendidas durante la práctica</i>	56

Dedicatoria

A mis padres, que en todo momento y a pesar de todo el camino recorrido, siempre han sido ese nido seguro al cual puedo regresar después de volar.

A Alondra, que siempre ha sido un punto de apoyo inquebrantable. apoyándome en todo momento y ante todas circunstancias. Escuchándome hablar y hablar de psicología, mis mejores ideas se me ocurrieron hablándote.

A Tomoe, por todas las madrugadas silenciosas en las que estuvo acompañándome, siempre sereno, siempre tranquilizador, siempre mágico.

Agradecimientos

A mi maestro, Ronald Ramírez Henderson. Cuando volví a la universidad después de dos años sin estudiar y me sentía estancado, fue con toda su presencia y su sabiduría, el impulso que necesitaba para salir adelante, siempre apoyándome, siempre ayudándome a ser la mejor versión de mí mismo.

A Carlos Araya, por su ayuda desinteresada. Ejemplo de la vocación profesional, siempre al servicio, altruista, sin recibir nada a cambio, le agradezco infinitamente su ayuda.

A Ruthman Moreira, salvador de último momento, lo necesite, y él dijo sí, claro que te ayudo. Su colaboración y su ánimo hicieron que esto fuera posible, me dio el último impulso para llegar hasta el final.

A Marjorie Moreno, quien sin siquiera conocerme acepto la inmensa tarea de darme la mejor formación que he recibido en mi vida. La persona más abnegada a su trabajo que he conocido en mi vida, cada día de mi vida profesional intentare ser un profesional del cual pueda sentirse orgullo.

A mi grupo de amigos, Javier Kun, Kevin Maru y Jose Chan, por todos los encuentros y desencuentros, todas las tardes de café, reflexiones y bolsillos vacíos. Nos formamos juntos de maneras diferentes, como diferentes somos, aprendimos a no entendernos, pero si comprendernos.

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido si bien existen manuales diagnósticos para enfermedades en salud mental como el CIE- 10 (OMS, 1992), y el DSM-V (APA, 2014) ya no solo va importar si algo es determinado enfermedad o no, sino el grado de bienestar en el cual se encuentra la persona, bien podría ser que una persona no presente ningún cuadro clínico, pero siempre se mantiene la perspectiva de trabajar por su bienestar y reconocer las necesidades que mantiene para lograrlo siendo que “ la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad” (OMS, p.14, 2004)

Por esto, el trabajo de los profesionales en psicología en el campo clínico se hace estrictamente necesario, en tanto, se necesita una visión integral de la persona que la considere en su realidad bio-psico-social para darle la atención completa que se requiere derivada del término que ofrece la OMS.

La “Ley General de Salud Pública Costarricense” establece en su artículo No. 03 que “todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen” (Ministerio de Salud, 1984), por tanto el derecho a la salud es universalizado en Costa Rica y no puede ser negado a ninguna persona, esto incluido también en la “Política Nacional de Salud Mental”, la cual especifica que “una de las características principales de los derechos humanos exige que el Estado garantice a todas las personas sin distinción alguna...el acceso al sistema de salud con calidad” (Ministerio de Salud, 2012,

p.42), y en tanto se siga un modelo basado en la salud como un estado de bienestar general y en la carta de los derechos humanos (ONU, 2015, p.52) que en su artículo 25 establece el derecho de toda persona a tener una vida digna con salud y bienestar, es necesario incorporar la salud mental dentro del aparato estatal de la CCSS, dando un servicio que en concordancia con los artículos mencionados anteriormente, brinde un servicio de calidad por profesionales competentes (artículo 10, Ley General de la Salud, 5395), y aunado a esto dirigido hacia personas con trastornos ya sean psicológicos o provocados por consumo de sustancias (artículo 34, ley general de la salud 5395).

En torno a estos tratados, la Política Nacional establece como uno de sus pilares “transformar el modelo tradicional de atención de la Salud Mental, hacia un modelo de promoción y atención integral centrado en la comunidad” (Ministerio de Salud, 2012, p.48) esto por medio de un modelo que comprenda e integre los factores biológicos, ambientales, económicos, sociales y culturales, lo cual armoniza con el modelo de bienestar general, y guía la salud no solo hacia un modelo que integra los diferentes factores incidentes sobre la salud de la persona, sino también a las diferentes disciplinas que pueden aportar en la construcción de este modelo, incluida la psicología, tanto desde un ámbito clínico como social y comunitario.

Se vuelve entonces pertinente la preparación en el ámbito de la psicología clínica, aunado a una epidemiología donde se muestra que la mayor parte de los ingresos en el tercer nivel especializado (Hospital Chacón Paut y Manuel Antonio Chapuí) de Costa Rica para el año 2007 se debieron a “28% a esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (F20-F29) y 37% a trastornos del estado de ánimo [afectivos] (F30-F39)” (IESM-OMS, 2008, p.15)

El mismo informe (IESM-OMS, 2008) muestra que en Costa Rica hay una tasa de pacientes de 126.01 por cada 100 000 habitantes, a pesar de la cual existe, una proporción de 1.88

psicólogos por cada 100 000 habitantes, así como un presupuesto del 03% del total con el que cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social, según detalla el mismo informe de la IESM. Ello provoca un desbalance en el nivel de atención brindada, que puede provocar dos situaciones per se: la sobrecarga en los servicios de salud mental, que produce largas esperas para obtener una cita, como se constató en esta práctica donde las citas de consulta externa en el hospital se ofrecían hasta para dos meses por cupo, o el estado de miles de personas en estado subclínico que viven su cotidianidad sin ningún tipo de atención.

Si bien el país cuenta con una política nacional de salud mental (Ministerio de Salud, 2012), y una red de salud mental por medio del seguro social la cual vela por el bienestar integral de las personas, se carece del suficiente presupuesto para funcionar de la manera más óptima y por ende de la suficiente cantidad de personal especializado para tratar los trastornos más recurrentes, generando una situación crítica en torno al tema de la salud mental, la cual culmina siendo más paliativa que preventiva y comunitaria.

Ante esta necesidad inminente, la presente práctica busca generar la capacidad y dotar de competencias al sustentante para apropiarse del rol de la psicología clínica hospitalaria, de las técnicas más apropiadas relacionadas al enfoque cognitivo conductual, y por último pero no menos importante de la ética de trabajo con una población que como se ha mencionado anteriormente urge del trabajo de profesionales con la preparación adecuada y con la sensibilidad para realizar abordajes que trasciendan más allá de lo biológico y lo hospitalario, que comprendan a la persona como un ser integral.

II. Marco Referencial e Institucional

El siguiente capítulo se centra en describir el contexto en el cual se realizó la práctica dirigida. Anteriormente ya se presentó la salud mental y la ciencia psicológica en un momento crítico, en el cual es necesario crear nuevas alternativas y emprender acciones en pos de generar a partir de esta crisis el espacio para nuevas oportunidades.

Es por esto que se enmarca la práctica en ambiente clínico hospitalario de la Caja Costarricense del Seguro Social, como un espacio para el entrenamiento y la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante la academia. En esta dirección se presentan los siguientes apartados del capítulo que tienen como objetivo presentar las características propias de la institución y como la práctica se relaciona con estas.

1. Contexto Histórico Institucional.

Según describe la Caja Costarricense del Seguro Social (2006-2018) el Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut inició labores en 1949, con la compra de una finca en Tres Ríos para solucionar el hacinamiento del Asilo Chapuí. En su primera etapa se empezó a trasladar a los pacientes con una discapacidad muy aguda con el fin de que mediante actividades agrícolas empezaran a lograr su rehabilitación.

Posteriormente, con la inauguración del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres en Pavas, se trasladó a este lugar pacientes en estado crónico, convirtiéndose en un centro de cuidados paliativos.

En una segunda etapa, en febrero de 1997 se establece la creación en este lugar del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut, ofreciendo los siguientes servicios:

- Unidad de Intervención en Crisis

- Unidad de Psiquiatría de Agudos
- Unidad de Patología Dual
- Unidad de Asistencia Prolongada (Unidad A)
- Estructuras Residenciales de Larga Estancia
- Centro Diurno para la Salud Mental
- Consulta externa en psiquiatría y psicología

Para el año 2016, se crea la Unidad Psiquiátrica de Agudos por parte de la Dirección Médica del hospital, donde de forma integral se aborda a pacientes en estado de patología grave, buscando la rehabilitación por la pérdida de capacidades.

Con la creación de esta área, el centro médico (2016) busca los siguientes objetivos:

- Intervenir en condiciones de descompensación aguda y sub aguda
- Brindar atención prioritaria que no hayan podido dar otras áreas
- Evitar la institucionalización de los y las usuarias
- Promover la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.

Al ser un hospital nacional del tercer nivel de atención (especializada), se atiende a población proveniente de todo el territorio nacional, sin embargo, es pertinente aclarar que la atención es filtrada, ya sea por los criterios de admisión de las unidades o por el cupo del mismo hospital.

Por este motivo, se detallan a continuación las estadísticas de atención facilitadas por el hospital para el año 2018, las cuales pueden ser orientadoras para comprender el impacto en la atención del centro médico.

Tabla No. 1

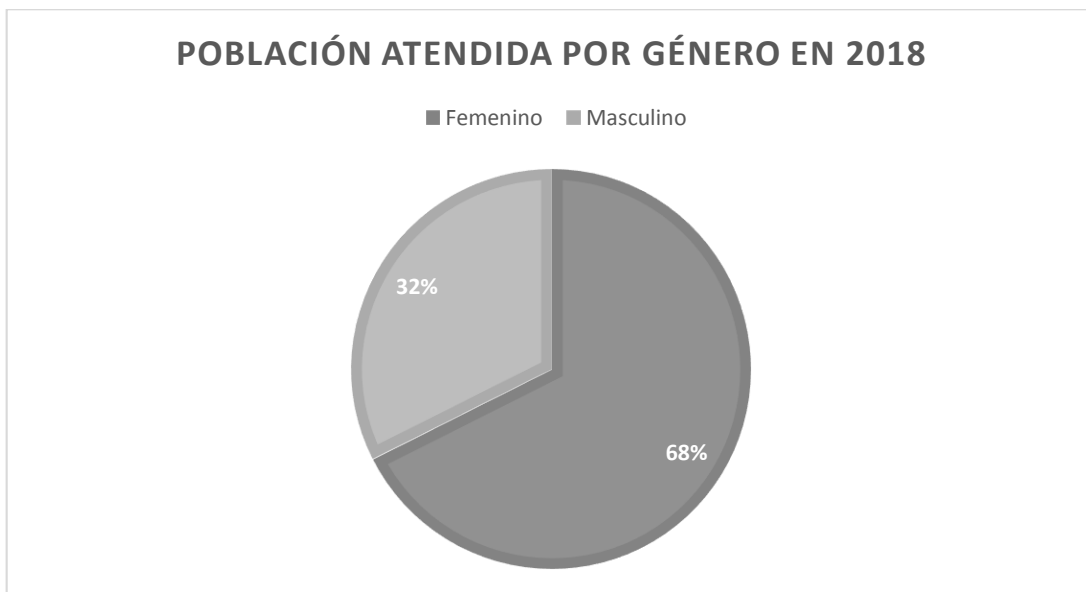
Estadísticas de Producción del año 2018

Unidad	Número de Consultas
Unidad de Intervención en Crisis	1677
Unidad de Psiquiatría Aguda	709
Unidad de Patología Dual	650
Consulta Externa	1692
Estructuras Residenciales	219
n	4947

Tomado de las estadísticas del servicio de psicología del 2018

Además de estos datos también se muestran a continuación en el gráfico No. 1 la distribución por género de la población atendida.

Gráfico No. 2. Población Atendida por Género en 2018



2. Vinculación con la Institución

En el marco de trabajo en una unidad donde el objetivo principal es la regulación de los pacientes en estado de agudo y la preparación para su reinserción a la sociedad, parece pertinente insertar una práctica en el mismo. Esta ayudaría a la apropiación por parte del sustentante de este proceso, para comprender la dinámica del mismo, conocer los nuevos roles de la Psicología Clínica en Costa Rica y obtener el mayor conocimiento posible de los profesionales del centro de salud, tanto desde el área de la psicología como de otras disciplinas como Psiquiatría, Trabajo Social, Medicina General, Enfermería, entre otras. Brindando al practicante la capacidad para desenvolverse en un ambiente multidisciplinario, característico del contexto laboral.

Esto no solo resulta beneficioso para el sustentante, en el marco del cambio es de suma importancia que una generación nueva de psicólogos y psicólogas se acerquen al Hospital Chacón Paut, para ayudar en la demanda de la práctica profesionalizante, colaborando en las tareas y reduciendo así la carga sobre los profesionales del centro, la cual como ya se ha visto anteriormente es muy elevada debido a la gran demanda y la poca cantidad del personal.

Se busca aportar nuevas ideas y una visión de la psicología que se viene enriqueciendo de generación en generación y es necesario que esté en constante cambio como el mismo concepto de salud mental. De esta manera, se busca que el proceso sea provechoso tanto para el hospital como para el practicante y que con un trabajo constante y responsable se logren llevar a cabo los objetivos que más adelante se plantean.

Por último, es importante en la preparación en psicología clínica, presentar proyectos con miras hacia el futuro y a la preparación última del sustentante.

III. Marco de Referencia Teórico- Conceptual

Este proyecto no hubiese podido ser llevado a cabo, sin antes realizar una búsqueda exhaustiva de fuentes teóricas y de trabajos que fungieran como fuente de inspiración para la presente. Producto de esta búsqueda se analizaron tanto proyectos nacionales como internacionales antecedentes a este y que marcaron una línea a seguir.

Además de esto, un soporte literario sobre los principales ejes teóricos necesarios para llevar a cabo el proyecto, por ejemplo, los principios fundamentales de la psicología clínica, de la terapia cognitivo conductual y de los principales trastornos psicológicos que atendidos en la unidad de agudos del hospital Chacón Paut.

El producto de esta investigación teórica es el que se desglosa a continuación.

1. Antecedentes internacionales

La práctica de la psicología clínica y la ayuda a personas con problemas psicológicos, probablemente existió desde el comienzo de la historia humana (Ludy, 2005, p.3). En el ámbito clínico las pruebas psicométricas se pueden considerar el principal precursor del ingreso de la práctica psicológica, con figuras como Cattell (1995), que investigaban la medición de características humanas, especialmente la inteligencia.

El carácter preventivo de la psicología ya venía dándose desde décadas pasadas. En Costa Rica lo trataba de poner en práctica el doctor Adís Castro en la década de los 60 cuando presentó en la Universidad de Costa Rica, como una forma de empezar un proceso de atención de los trastornos psiquiátricos desde un enfoque preventivo (Core, 2013, p.49).

En el campo de la educación de los profesionales en salud mental, parece imperiosa la necesidad de entrenar psicólogos y psicólogas los cuales se apropien de este rol. Mcfall señala

que los trabajadores sociales y los trabajadores de la salud mental de otras disciplinas están desplazando a los psicólogos como los principales proveedores de servicios de salud mental (2006, p.27).

Esta realidad no se aleja de Costa Rica, dónde la cantidad de trabajadores sociales en el sistema de salud mental es prácticamente la misma que la de los psicólogos según el informe según él IESM-OMS (2008), aunque hoy día impresionan ser más. Y es que esto radica principalmente en la construcción del rol, en la necesidad que existe y si se plantea que la necesidad hoy en día se enfoca desde un punto de vista biopsicosocial, no solo los profesionales en psicología tienen una oportunidad abierta, sino también otros especialistas en ciencias sociales que ven en la clínica un campo de acción. Ante esto la labor de la psicología es preparar profesionales capaces de insertarse exitosamente en un trabajo interdisciplinario junto a profesionales de otras ciencias sociales y de la salud.

Mcfall (2006), señala que la psicología clínica debe representarse como ciencia psicológica, de este modo basarse en la evidencia y en la comprobación empírica, como mínimo de igual forma que las demás áreas en la psicología, pero siempre aspirando a más.

Una misma dinámica presentan Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010), cuando señalan que la psicología cognitivo conductual debe estar orientada hacia el método científico y demostrar mediante estudios de eficacia y efectividad la validez de sus tratamientos, tanto interna como externa. Con esto no solo se llega a demostrar la necesidad del trabajo del psicólogo, sino también se valida su conocimiento y da una justificación a la inversión en este.

Dentro de este trabajo es importante mencionar el aporte que la preparación en psicología clínica realiza al desarrollo de esta. En el medio internacional es bien sabido la importancia de la práctica del estudiante en la clínica especialmente a nivel doctoral, donde se afirma que contribuye a la integración de la teoría y la práctica, la consolidación de la identidad profesional y la responsabilidad profesional del cuidado del paciente (Hatcher, 2013, p.56).

Esto muestra concordancia con el planteamiento realizado desde este proyecto donde se plantea la práctica dirigida, como el método por el cual se busca capacitar al practicante para el ejercicio profesional de la psicología clínica.

Levenson pone especial importancia en la acreditación mediante la práctica afirmando que ser asignado a algo tan importante para la sociedad como tratar con enfermedades mentales conlleva la responsabilidad de garantizar que los estudiantes de psicología clínica estén preparados adecuadamente (2017, p.2). Esto se logra mediante lo que Hatcher (2017) denomina una aplicación tanto teórica como práctica de los conocimientos.

Si bien estos estudios van dirigidos más hacia el plano doctoral, la realidad internacional en especial en el ámbito estadounidense, dista de la costarricense, ya que el título de licenciatura en Costa Rica da la posibilidad al profesional de atender tanto casos de psicología clínica como de psicología de la salud, por lo cual es pertinente que este profesional haya pasado por un proceso de práctica como el que describe Hatcher (2017).

Levenson (2017) hace la recomendación de mejorar los aspectos de las prácticas clínicas, para que estos tengan un balance entre la práctica clínica y la ciencia clínica; balance que es también promulgado por la Escuela de Psicología, donde manifiesta que la práctica dirigida en todos sus ámbitos “no se trata de ofrecer una posición asistencial o meramente un recurso

humano adicional a la institución, sino un proceso de intervención académico-profesional” (Escuela de Psicología, 2017, p.22).

2. Antecedentes nacionales

Uno de los temas tratados en el apartado de introducción, es el alejamiento de un enfoque solamente biomédico, para garantizar la promoción y la prevención de la enfermedad. En este aspecto en Costa Rica se ha tratado de avanzar hacia un aspecto más social de la psicología clínica y de su atención, que empiece no cuando la persona llega al centro médico, sino cuando está afuera.

Esta concepción es muy importante en el rol del psicólogo clínico en Costa Rica, ya que muestra una visión de la salud con un enfoque que no solo se queda en el hospital, sino que trasciende sus paredes, por lo cual se puede encontrar un nuevo catálogo de funciones para el rol clínico.

Y es que como afirma López (2009, parr.4) “el Hospital se encuentra en un proceso de transformación, de un modelo asistencial asilar a un modelo de Rehabilitación Basado en la Comunidad”. Por esto en el área costarricense especialmente se cuenta con poco antecedente de los nuevos paradigmas que rigen la profesión clínica.

Teniendo un esquema tan actual no queda más que remitirse a los principios del rol clínico que han existido en años anteriores, donde el hospital funcionaba más como un depositario de enfermos crónicos y privados de libertad con trastornos psicológicos.

López (2013, p. 48) destaca que:

Siguiendo la tradición y el modelo de incorporación de las y los psicólogos clínicos norteamericanos al sistema de salud, la docencia y la investigación ocuparon un lugar relevante en las actividades asistenciales del Servicio de Psicología Clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica.

Este modelo establecido por el doctor Adís Castro, precursor de la psicología clínica en Costa Rica y que como se mencionó anteriormente fue precursor y fundador del postgrado en psicología clínica.

El mismo Adís Castro (2009), detalla la importancia del rol del psicólogo clínico, en un estudio realizado a una muestra de médicos, donde describe los principales puntos de importancia para éstos donde se requiere la colaboración del psicólogo, los cuales son la educación para la salud, la psicoterapia y las entrevistas con pacientes. El mismo aclara que “el interés en programas educacionales podría ser de fundamental importancia si, complementándolos con psicoterapias y entrevistas con familiares, permitieran entrenar y capacitar a las personas en el cuidado y mantenimiento de su salud física” (Castro, 2009, p.40). Este componente se verá más adelante cuando se trate el concepto de psicoeducación y como esta puede facilitar la convivencia hospitalaria, las redes de apoyo y el tratamiento de la enfermedad.

El punto de vista de Adís Castro muestra que el valor del rol del psicólogo clínico no solo es un aspecto apreciado a lo interno de la psicología, sino que en el trabajo interdisciplinario es visto de buena forma y puede ayudar a colaborar con la atención y la mejora de los pacientes siendo esto lo realmente importante, a fin de cuentas.

Siguiendo la misma línea en los últimos años se ha visto la importancia de este trabajo interdisciplinario en trastornos psicóticos, procurando la reinserción de las personas a la sociedad y poniendo en primer plano la protección de sus derechos humanos (Cordero, 2013, p.1) sin dejar de tomar en cuenta una reinserción acompañada desde un enfoque social y afectivo rompiendo con el esquema de que la atención en estos casos ha de ser solo de tipo farmacológica, lo cual contribuye con el mismo modelo de segregación hospitalaria donde un paciente vive toda su vida con un medicamento para controlar su enfermedad pero sin una guía para salir adelante y dejar el recinto.

Para efectos de la importancia que ha tenido en Costa Rica la preparación de profesionales en psicología clínica cognitivo conductual Villalobos, León y Araya (2004, p.38) señalan que “a partir del año 2000, se ha notado un incremento en la construcción de trabajos finales de graduación principalmente en temáticas como medicina conductual, ámbito clínico y manejo conductual de las organizaciones” las cuales son áreas en las cuales un psicólogo puede aportar en la práctica hospitalaria y que reflejan el incremento en el interés a nivel nacional por incluirse en proyectos que validen este rol del psicólogo clínico cognitivo conductual.

Estas prácticas han tomado gran auge en los últimos años, siguiendo la tendencia de la importancia de que los y las estudiantes se apropien no solo de las técnicas sino del rol de la psicología clínica. Dentro de las prácticas más recientes se pueden destacar las siguientes:

En un centro diurno, Facio (2007) elaboró una propuesta de trabajo para atender a personas adultas mayores (PAM), con desordenes de ansiedad, depresión e irritabilidad. Estos trastornos del estado de ánimo, son un foco del presente trabajo y la práctica dirigida, aunque

realizada en centro diurno, puede aportar mucho a la atención que se puede dar en un pabellón donde se ingresa mucho adulto mayor por demencias.

Siguiendo la misma línea, Umaña (2008) realizó una práctica en los Ebais de Granadilla y Hacienda Vieja, donde llevó a cabo sesiones grupales para PAM diagnosticadas con depresión, Además de esto también realizó sesiones con los familiares de estas personas.

Pero el rol del psicólogo se puede ver evidenciado también en otras áreas, Luis Ortega (2013) estudiante de psicología que realizó una práctica dirigida en el Hospital México, con el fin de insertarse en el área de neurocirugía y neuro-oncología, donde su trabajo se centró en “la atención a pacientes con diagnósticos de tumores cerebrales y sus familias, realizando diversos abordajes desde los aportes de la neuropsicología clínica y la psicología clínica” (Ortega, 2014, p.11) así como, la creación de protocolo de atención psicológica. Con resultados de un valioso aprendizaje en habilidades clínicas que no se acostumbra obtener durante el proceso académico, y la inserción en ambientes clínicos no acostumbrados por los profesionales en psicología, lo cual da cuenta de la capacidad que tiene el psicólogo de poder brindar un aporte valioso con sus intervenciones en diferentes ámbitos de la clínica.

En el año 2014, Jorge Ortiz, también alumno de la escuela de psicología, siguiendo la misma línea de Ortega se insertó en el área neurocirugía y neuro-oncología del Hospital México, dando continuidad al proyecto de Ortega a petición de la misma institución, que, gracias al primer trabajo, constató la necesidad de la inserción de psicólogos y psicólogas en esta área y con el objetivo de lograr la “visibilización del rol del psicólogo en la atención interdisciplinaria de pacientes y familiares que acuden al servicio” (Ortiz, 2014, p.34) . Esto no solo deja ver la importancia que tienen las prácticas como tal sino también la creación de

espacios tanto de conocimiento como laborales para los estudiantes y el aporte que pueden dar estos a las instituciones.

Siguiendo esta línea, pero en el área de psico-oncología del Hospital San Juan de Dios, trabajó Salazar (2015) con el objetivo de “promover prácticas de salud y autocuidado a personas cuidadoras primarias de pacientes adultos con cáncer en fase terminal”, en el cual brindó espacios de talleres para trabajar con los familiares de los pacientes, y además realizó visitas domiciliarias, valoraciones, fundó grupos de familiares, entre otras tareas.

De esta forma Salazar logró integrarse en un ámbito hospitalario con un proyecto propio, dándole un aporte sumamente valioso a la institución y visibilizando el quehacer de la psicología como una disciplina innovadora que trabaja en pos de satisfacer no solo las necesidades del propio paciente sino también de su entorno y además concluyendo que estas prácticas permiten la adquisición de habilidades básicas para el quehacer psicológico (Salazar, 2005, p.91)

Mata (2015) estudiante de psicología, realizó una inserción profesionalizante en el Hogar Carlos María Ulloa, con el objetivo general de “desarrollar competencias asociadas a la práctica psicológica, visibilizando la importancia de la participación e inserción profesional en el trabajo con población adulta mayor en la Asociación Hogar Carlos María Ulloa” (Mata,2015, p.39), realizando intervenciones desde la psicología clínica, llevando a cabo proyectos de promoción de la salud, sesiones psicodiagnósticas y de atención. Este aporte es particularmente valioso por el hecho del trabajo sobre el envejecimiento satisfactorio en PAM institucionalizadas y la importancia que tiene la atención psicológica en estas personas, la cual es uno de los pilares de la presente práctica, al intentar evitar el proceso de cronificación especialmente en personas adultas mayores.

Por su parte Mora (2017) realizó una inserción profesionalizante en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Calderón Guardia con el objetivo de “desarrollar las competencias y habilidades propias de un profesional en Psicología de la Salud mediante el ejercicio diario del rol propio del psicólogo dentro de la institución además del aporte de esta en su enfoque interdisciplinario” (Mora, 2017, p.38). En este proyecto, trabajó en el servicio de atención de consulta externa, atendió sesiones grupales, tuvo presencia en salas de parto, colaboro con la creación de material psicoeducativo.

Dentro de su labor Mora, puso especial atención a lo concerniente a la psicología de la salud, sin dejar de lado trastornos del eje clínico como la depresión y la ansiedad, insertándose exitosamente desde los dos puntos de acción y coadyuvando junto con otras disciplinas, logrando así en su trabajo una verdadera inserción no solo en el rol de la psicología, sino también en la práctica en los servicios de salud.

Gallardo (2017) trabajó en el área de cuidados paliativos, donde brindó atención psicológica a consultantes referidos a la clínica Hospital San Juan de Dios. Realizando atenciones individuales, el desarrollo de un grupo de duelo, talleres, visitas domiciliarias y un proyecto psicoeducativo sobre el cáncer de mama.

En una línea similar, Giusti (2017) ingresó al mismo servicio de ginecología y obstetricia del Calderón Guardia, agregando como objetivo “promover mediante la psicoeducación en la población consultante de la Clínica de Adolescentes prácticas que potencien una mejora en su salud sexual y reproductiva” (Giusti, 2017, p.15) basando su trabajo en la salud sexual y los hábitos saludables de la conducta alimentaria, lo cual muestra que, aunque se trabaje en la misma área los objetivos pueden ser variables, y esto refuerza la idea del aporte multivariado que puede dar el psicólogo en las diferentes áreas de atención.

Volpachio 2018, realizó una inserción profesionalizante en la sección número 16 del área de consulta externa del Hospital México, donde realizó la suma de 176 atenciones individuales y 6 atenciones grupales en el área de psico-obstetricia, brindando un acompañamiento a personas en situación de riesgo muy compleja.

Aparte de estos documentos encontrados por el sustentante, Ramírez y Rojas (2019) señalan que de 85 trabajos finales de graduación dirigidos por el Dr. Ronald Ramírez Henderson, 19 fueron prácticas dirigidas, lo cual representa un 22% de la muestra, número que se queda corto ante los 64 trabajos dirigidos en modalidad de tesis. Aunque el número puede parecer bajo es un factor que va en aumento, ya que como es visto anteriormente la mayor parte de estos trabajos se han realizado en fechas recientes.

Dentro de las practicas que se presentan en el trabajo de Ramírez y Rojas, destacan como antecedentes directos para este trabajo las que se citan a continuación:

- Quesada (2002), también en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con un trabajo dirigido en las áreas de consulta ambulatoria y larga estancia del nosocomio.
- Roldan (2004), realizó en modalidad de práctica dirigida, un plan de rehabilitación para usuarios y usuarias en hogares transitorios del Hospital Nacional Psiquiátrico. Este trabajó da cuenta de los esfuerzos realizados desde la década pasada para la reinserción de los usuarios al entorno social.
- Jara (2004), que realizó su proyecto de graduación en los pabellones No. 6 de psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico. Que es antecedente directo de proyectos realizados en nosocomios desde el paradigma cognitivo conductual.
- Facio (2007), con una práctica dirigida en la atención de personas adultas mayores con desordenes de depresión, irritabilidad o ansiedad. Los cuales más adelante

en el apartado de resultados, podrá verificarse que fueron ampliamente abordados en esta la presente propuesta.

- Badilla (2017), quien realizó una práctica dirigida en la sede del Instituto Tecnológico de Costa Rica en San Carlos. Donde desarrolló un proyecto de hábitos saludables, autocuidado y habilidades para la vida en estudiante de esta universidad.
- Morales (2017), se insertó en la Clínica del Dolor, del Hospital San Juan de Dios. En este lugar realizo intervenciones a usuarios y usuarias del hospital con diagnósticos crónicos.

Esto da cuenta de que el papel del psicólogo en las instituciones de salud es muy variado y puede verse útil en múltiples áreas de demanda, por tanto, la práctica profesionalizante dota al estudiante de un entrenamiento constante y vivencial que no solo se centra en un solo foco de atención, sino a la demanda de múltiples necesidades que se encuentran en el sistema hospitalario.

De los antecedentes anteriores se reconoce la evolución del rol de la psicología que ha ido de la mano tanto en el ámbito nacional como internacional, gracias al esfuerzo y el estudio de psicólogas y psicólogos que han intentado trabajar por el desarrollo de la psicología clínica.

Otro punto de encuentro entre la vertiente internacional y la nacional es la preocupación por la pérdida precisamente de este rol que hoy en día están tomando prácticamente los trabajadores sociales, y la necesidad que desde el campo de la psicología se redoblen los esfuerzos por crear profesionales con una visión crítica y un trabajo científico que culmine en una mejora real de la salud mental de las personas, que como se vio en el apartado de introducción es un tema de gran relevancia hoy día.

Las practicas dirigidas, toman un nuevo papel en las opciones de graduación, sirven como un último soporte para el estudiante, un entrenamiento intensivo en un área y en todas las funciones que esta demanda. Además, resulta una forma de devolución a la sociedad, realizando un trabajo necesario, que da un aporte a la institución y está en constante proceso de evaluación, por lo cual se asegura a la sociedad un aporte valioso y calificado.

3. Enfoque Teórico

1. Psicología Clínica

La psicología clínica es un área que está en íntima relación con la psicología de la salud y en especial con la medicina conductual. Reynoso y Seligson (2005) dicen que la psicología clínica deriva principalmente de la terapia conductual que trata sobre la conducta humana, el tratamiento de enfermedades y la prevención. Este aporte, aunque apenas se acerca al concepto de lo que es la psicología clínica, deja ver un campo de acción bastante pragmático y basado en un enfoque que ataca las diferentes etapas de la enfermedad.

Desde el enfoque de Reynoso y Seligson pareciera no existir una diferencia entre lo que es la psicología clínica y la psicología de la salud, sin embargo, autores como Santacreu (1991) y Rodríguez- Marín (1998) plantean que la diferencia radica en el campo de acción, ya que la psicología clínica va estar interesada en el tratamiento de la enfermedad, mientras la psicología de la salud se va centrar en su génesis y en prácticas dirigidas a evitar su aparición.

Estos conceptos, aunque útiles, muestran cierta limitación en el campo de acción de la psicología clínica, ya que la reducen al tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, la psicología clínica extiende su rango hasta la prevención de los trastornos psicológicos (Core, 2013, p.53). Por tanto, se puede entender la psicología clínica como la ciencia que “se preocupa primordialmente de la evaluación, la predicción y el alivio de los trastornos de la salud mental (cognitivos, emocionales y del comportamiento)” (Core, 2013, p.54) mostrando de esta forma el perfil integral que se quiere obtener como resultado de la presente práctica.

2. Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC), es descrita como

Una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan por –o son debidos a– pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia están dirigidas a la modificación de tales pensamientos o conductas (Soler y Gascón, 2005, p.1).

Este concepto al centrarse en las conductas, incluyendo también el pensamiento como una de estas, apropia a las personas en el control de sus problemáticas, ofreciéndoles la posibilidad de realizar cambios estratégicos que generarían un encadenamiento conductual (Gavino, 1998), culminando en una mejoría general de la persona.

La TCC en su carácter investigativo y científico ha tenido una transformación durante tres generaciones, por lo cual su integración en un concepto unificado suele ser muy difícil por su complejidad bastante grande, producto de todo el estudio empírico que ha tenido durante décadas. Por este motivo. se ofrece una definición basada en los principales puntos de la TCC que ofrecen Ruiz, Díaz y Villalobos (2012):

- La TCC es una actividad terapéutica basada en la psicología, centra su atención en el aprendizaje y sus intervenciones están basadas en la psicología científica.
- Las técnicas cognitivo-conductuales nacen de la experimentación científica y de la experiencia clínica.
- La conducta se entiende como aprendida, sin dejar de lado factores genéticos. Integra modelos clásicos conductuales con modelos de conducta multivariados.

- Su fin es buscar un cambio cognitivo, conductual y emocional, mediante la modificación de conductas y cogniciones desadaptadas.
- Se centra en los factores actuales del problema, sin dejar de lado la importancia de los factores históricos.
- La metodología terapéutica es experimental y está presente tanto en la evaluación como en la intervención y la evaluación de los resultados.
- Hay una vinculación constante entre la evaluación y el tratamiento, en tanto el aspecto de la evaluación es constante durante todo el proceso terapéutico.
- Presenta gran interés en evaluar la eficacia de los tratamientos, considerando los cambios a corto, mediano y largo plazo en el paciente.
- Es de carácter activo, posee gran variedad de actividades para realizar tanto dentro como fuera del espacio terapéutico.
- Da gran importancia a la relación terapéutica, como motor de cambio en la conducta.
- Como se puede notar la terapia cognitivo-conductual es exhaustiva en su propuesta; un aspecto muy importante a tomar en cuenta es el grado de actividad en el proceso, ya que se reconoce que no es solo durante el espacio terapéutico que se produce el cambio, sino que es especialmente durante la vida cotidiana de la persona que es necesario integrar la modificación de la conducta. En ámbitos hospitalarios este aspecto es todavía más controlable, teniendo en cuenta que muchas de las personas pasan las 24 horas en el centro médico, por lo cual sus hábitos de conducta pueden ser monitorizados.

3. La evaluación psicológica

Dentro de la práctica clínica el diagnóstico clínico es esencial, en tanto a través de este los profesionales guían una intervención desde diferentes aristas. Desde el punto de vista psicológicos importante comprender las implicaciones del diagnóstico para proceder con el esquema farmacéutico más adecuado a la persona, y desde la psicología se hace necesario establecer las pautas a seguir en base a una formulación clínica desarrollada en el proceso diagnóstico.

Pérez y Pozzi (2011, p.108) citando a Veccia (2000) señalan en torno a la psicología propiamente que el diagnóstico es “un estudio profundo de la personalidad desde el punto de vista fundamentalmente clínico” y marcan como objetivo de este “conocer y comprender al sujeto en su singularidad, cualidad primordial y distintiva que lo diferencia de otros sujetos” (Pérez y Ponzzi, 2011, p.108).

Claramente este objetivo en la psicología clínica, como ya se vio en apartados anteriores estaría direccionado hacia la comprensión de los trastornos de la salud mental, en tanto funciona como una herramienta para explorar no solo la personalidad del sujeto, sino también los factores que influyen sobre esta los cuales como ya se ha visto pueden presentarse como biológicos, psicosociales, culturales, entre otros.

Siguiendo esta aproximación clínica Cabrera y López (2007) proponen una serie de etapas a seguir en el diagnóstico clínico, las cuales se detallan a continuación:

- **Contacto Inicial:** Comprender el contacto inicial como parte del psicodiagnóstico es esencial, porque involucra toda interacción entre usuario y profesional dentro de la práctica clínica. En la UPA suele suceder que antes de conocer al usuario en consulta se

dan interacciones en los pasillos del pabellón, dónde se puede realizar un saludo y en distintas ocasiones una pequeña conversación, es importante que el profesional aproveche la oportunidad para realizar cualquier intervención valiosa.

- **Evaluación:** Se trata de la aplicación de pruebas psicológicas con el fin de obtener la información que ayude a clarificar el motivo de consulta, aunque se haga mención de la evaluación como una de las etapas del proceso psicodiagnóstico, es menester aclarar que la evaluación es constante durante todo el proceso, y es intrínseco a todas sus etapas.
- **Entrevista Clínica:** Durante esta etapa es posible obtener el motivo de consulta de la persona consultante, asimismo se puede establecer una alianza terapéutica que va ser muy importante a la hora de recolectar la información. Es de interés del entrevistador, elaborar una pregunta a raíz de la entrevista, la cual le va orientar en el proceso de recolección, centrándose y seleccionando solo aquellas pruebas que le vayan a aportar en la respuesta a esta pregunta.
- **Elaboración del informe de evaluación psicológica:** Es la síntesis del proceso de evaluación, donde de manera estructurada se reflejan los hallazgos de la evaluación. Este va dirigido hacia el solicitante, el médico psiquiatra, la familia de la persona o la misma persona; es importante tener claro quien solicita el informe y cuál es su grado académico para dirigir la información de manera comprensible. Más adelante en el apartado de resultados se muestra la estructura de informe que se utilizó durante la práctica dirigida
- **Devolución:** Es la respuesta que se le da a la persona que ha sido expuesta y ha participado en el proceso, es de suma importancia comprender que estas personas tienen el derecho a conocer sus resultados, lo cual no implica que el profesional en psicología va hacer

entrega de los protocolos de calificación, sino que facilitara una retroalimentación a la persona sobre los resultados que obtuvo y la clarificación de todas sus dudas.

Como se ha podido constatar el proceso de evaluación psicológica es exhaustivo, profundo y requiere de tiempo y pericia, con lo que a partir del juicio clínico del terapeuta se pueda llegar a una conclusión, esta no puede ser apresurada, ni basarse en solo una entrevista inicial o la observación, requiere de múltiples pruebas.

Sin embargo, un terapeuta puede generar desde un primer encuentro varias impresiones diagnósticas, las cuales posteriormente puede llevar a prueba. Lo importante en este caso es ser inclusivo y no exclusivo, evitando realizar diagnósticos precipitados, ya que como señalan Othmer y Othmer (2003) el proceso de evaluación debe contar primeramente con una lista de diagnósticos posibles que se va a ir refinando mediante el proceso de evaluación, hasta llegar al diagnóstico concreto, pero nunca es recomendable empezar con una sola hipótesis.

4. Evaluación Multiaxial

El eje multiaxial es un sistema de evaluación que se usó en los manuales DSM de la APA, el cual caracterizan por facilitar “una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta” (APA, 2002, p. 27).

Actualmente con la entrada en vigencia del DSM-V (APA,2013) ha decidido iniciar una transición hacia un modelo no axial, en el cual ha decidido combinar los ejes I, II y III y adoptar el mismo sistema que el CIE-10 sobre la clasificación de las problemas psicosociales

y ambientales, así mismo ha decidido cambiar la escala de evaluación global, por el cuestionario para evaluar discapacidad de la OMS.

Aun cuando la APA dirija sus objetivos hacia una conceptualización no axial de los trastornos psiquiátricos, es sabido que este será un proceso lento, y hoy día el modelo multi axial se sigue utilizando en los centros de salud, incluido el centro donde se llevó a cabo esta práctica, por tanto, es necesario conocerlo y comprenderlo con el fin de poder llegar a un entendimiento de la nosología de la psicopatología.

El eje multiaxial se divide en cinco ejes que son presentados a continuación:

- **Eje I:** Incluye los trastornos clínicos con excepción de los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Los principales trastornos del eje I que aquejaban a las personas atendidas durante esta práctica correspondía al orden de la esquizofrenia y otras psicosis y los trastornos del estado del ánimo, como la depresión y la bipolaridad.
- **Eje II:** Capta los trastornos de la personalidad y el retraso mental, así como también puede utilizarse para constatar mecanismos de defensa o desadaptaciones de la personalidad. Si bien los trastornos de la personalidad podrían ser incluidos dentro del Eje I del manual, la APA justifica su posición en el eje II para diferenciarlos de otros trastornos más floridos.
- **Eje III:** Se refiere a todos aquellos padecimientos médicos que están fuera del rango psiquiátrico pero que de múltiples formas pueden provocar o empeorar la sintomatología psiquiátrica. Claro ejemplo de esto es el hipotiroidismo, presente en muchos y muchas usuarias que se presentaron a consulta durante el periodo de la práctica dirigida y el cual puede ser un factor determinante en el diagnóstico de una

enfermedad psiquiátrica siendo el causante, un factor de riesgo o un agravante del trastorno.

- **Eje IV:** Hace mención a los problemas psicosociales y ambientales que puedan tener un impacto negativo sobre el diagnóstico o inclusive ser causantes de él. Ejemplo de esto pueden ser conflictivas familiares, laborales, problemas de pareja, condición migratoria irregular, entre otros. Estas problemáticas deben ser tomadas en cuenta siempre y cuando el terapeuta bajo su juicio clínico constante que están intrínsecamente relacionadas al trastorno de la persona.
- **Eje V:** Corresponde a la “Escala de evaluación global” la cual corresponde a una opinión del terapeuta acerca de la actividad de la persona; esto según señala la APA (2002, p.33) puede obtenerse a partir de la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) la cual señala en un rango de 1 al 100 el nivel de actividad que puede lograr un usuario.

5. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un “síndrome clínicamente heterogéneo que afecta habitualmente a múltiples dimensiones vitales del individuo, que se inicia frecuentemente al final de la adolescencia o principio de la edad adulta, y que se asocia a un deterioro funcional progresivo” (Crespo-Facorro et al., 2017, p.5) este trastorno clínico está caracterizado desde un modelo multidimensional (APA,2013) en el cual se pueden encontrar cinco dominios principales:

Delirios: Corresponden a ideas fijas, que no responde al dialogo de la razón, es decir no son rebatibles. Caponni (1971, p.71) describe en su clásica obra, tres características principales del delirio:

- Son de certeza subjetiva incomparable.
- No son influenciables por la experiencia.
- Su contenido es imposible.

Esta idea en base al delirio es pragmática, sin embargo, carece de una completa exactitud. Si bien los delirios en un principio se caracterizan por esta estructura, es necesario prestar atención a factores culturales que puedan explicar la naturaleza del delirio, también la existencia de un grado de convicción de los delirios, estos pueden ser atenuados por el medicamento o simplemente desaparecer de un día para el otro, pueden ser residuales o provenir de experiencias personales, por lo tanto a pesar de que su contenido es imposible o incongruente puede tener una base totalmente comprensible.

Alucinaciones: Son percepciones alteradas del entorno, ya sean visuales o más comúnmente auditivas en la esquizofrenia (APA, 2013, p.87). Durante la experiencia de la práctica se pudo constatar este hecho mediante voces que los pacientes describían tanto como conocidas o desconocidas, pero que en su mayoría compartían la característica de ser descalificantes para las personas, voces que les trataban mal, les decían que se mataran, que se provocaran lesiones, entre otras.

Pensamiento Desorganizado: Refiere alteraciones que van dirigidas hacia la estructura, la velocidad o el control del pensamiento, como pueden ser la tangencialidad, la verbigeración,

pensamiento en tropel, discursos sin sentido que no parecen del dominio del delirio, entre otros.

Comportamiento Motor Desorganizado: Este comportamiento puede estar dirigido en dos direcciones: primeramente, la agitación involuntaria, con pacientes que realizan movimientos extraños que parecieran de corte ansioso, como mover los pies rápidamente, rascarse los brazos, hacer muecas, entre otros. Y el estado catatónico, que en contrario se caracteriza por un estado de rigidez exagerado que le dificulta a la persona realizar cualquier movimiento o le impide realizarlo con naturalidad.

Síntomas negativos: Son los más difíciles de captar en la esquizofrenia, ya que son menos floridos, la APA caracteriza dentro de estos, la anhedonia, la abulia, la expresión emotiva disminuida y la asocialidad. Esta sintomatología es muy característica también de la depresión, por lo cual suele generar confusiones en el diagnóstico o comorbilidad.

Aun cuando los dominios de la esquizofrenia son claros, puede generar mucha confusión, especialmente cuando hay otros trastornos psicóticos asociados o consumo de sustancias, por lo cual su diagnóstico requiere de una gran pericia y responsabilidad clínica.

Aparte de lo que implica la sintomatología en estos dominios la esquizofrenia también se caracteriza por la presencia de un deterioro cognitivo en la persona que la padece; este puede ir “desde déficit atencionales hasta un deterioro a gran escala en el cociente intelectual” (Gaviria et al, 2017, p.123) estos déficits a nivel funcional se relacionan con “reducción en la capacidad para adquirir destrezas, fallos en el desempeño social, pocas habilidades de afrontamiento y riesgo de marginación”.

Aparte de la presencia de estos dominios en la esquizofrenia, los cuales la hacen caracterizarse como una enfermedad sumamente heterogénea. Esta también puede ser dividida en las siguientes categorías según el DSM V (APA, 2013):

Tabla No. 2

Categorizaciones de la esquizofrenia

Tipo	Definición
Trastorno esquizofreniforme	Trastorno que cumple con los criterios de la esquizofrenia, pero que se coloca de manera provisional durante los primeros seis meses, una vez que persiste por más de seis meses, se diagnostica esquizofrenia.
Esquizofrenia paranoide	En este tipo predominan delirios estables y alucinaciones. Estos síntomas se caracterizan por ser de corte persecutorio o de control y dominio del pensamiento y las acciones propias.
Esquizofrenia desorganizada	Presenta alteraciones de la personalidad, los delirios y alucinaciones son pasajeros y fragmentados. Hay falta de determinación y un lenguaje carente de sentido y divagatorio. Predomina la sintomatología negativa.
Esquizofrenia catatónica	Hay graves alteraciones psicomotrices desde la hipercinesia al estupor o la obediencia automática. La

	persona puede permanecer por horas en una sola posición.
Esquizofrenia indiferenciada	Cumple con requisitos de diferentes tipos de esquizofrenia pero no los necesarios para categorizarla.
Esquizofrenia residual	Estado crónico de la esquizofrenia. Presenta un claro deterioro de la persona y dominancia de los síntomas negativos. Pueden existir delirios residuales que no ceden a la medicamentación.
Esquizofrenia simple	Este tipo no presenta delirios ni alucinaciones. Se caracteriza por un comportamiento extravagante, empobrecimiento social, falta de objetivos, entre otros. Es el tipo más infrecuente de esquizofrenia.

Crterios tomados de los manuales CIE-10 (OMS, 2000) y DSM V (APA, 2013)

Está claro que la esquizofrenia compone un conglomerado de síntomas que pueden ser sumamente incapacitantes para la persona, pero que con un diagnóstico adecuado y un proceso terapéutico tanto farmacéutico como psicológico, se puede lograr que la enfermedad sea prácticamente imperceptible en la vida de la persona. Lemos et al. (2015) ofrecen un proceso de intervención basado en cinco pasos que se resumen a continuación:

- *Enganche y compromiso del paciente con la terapia:* Factor clave en todos los modelos de intervención cognitivo conductuales, pero que en la atención de la esquizofrenia cobra una especial relevancia. Durante la experiencia en la práctica fue posible notar un patrón de desconfianza en los pacientes con esquizofrenia, en su

mayoría hospitalizados contra su voluntad. Es preciso para el terapeuta primero poder explorar a fondo toda la sintomatología del paciente, con la finalidad de conocer el terreno que está pisando, “un paciente que tenga un delirio de persecución puede desarrollar la idea de que el terapeuta forma también parte de la trama de personas en su contra” (Lemos et al., 2015, p.120), por lo tanto el terapeuta debe apropiarse profesionalmente de la sintomatología del paciente para poder realizar una alianza terapéutica en la cual el paciente sienta confianza de colaborar de forma abierta.

- *Normalizar, educar y desestigmatizar:* Como ya se mencionó anteriormente, la esquizofrenia trae una serie de dificultades para la persona en su vida diaria, en su relación con los demás y también en su desarrollo profesional, sin embargo el tratamiento no debe ser dirigido hacia los factores negativos, sino más bien hacia la potenciación de todas las fortalezas de la persona, normalizando la enfermedad y creando la reflexión en la persona de que a pesar de la enfermedad, puede desarrollarse en cualquier área de su vida.
- *Evaluación:* Se procede con el desarrollo del examen mental (Rojas, 1992) y a partir de este establecer una conexión entre las cogniciones del paciente y las conductas, identificando cuales estrategias ha utilizado para mejorar su condición y cuales fortalezas tiene para afrontar su enfermedad a futuro. El examen mental ofrecerá orientación en torno al proceso terapéutico, al conocer el estado mental del paciente se podrá estimar el impacto que las diferentes técnicas terapéuticas puedan tener en su vida.
- *Formulación del caso:* A raíz de la evaluación el paciente y el terapeuta en conjunto, realizan un planeamiento de cuáles son las principales problemáticas que enfrenta el

paciente en su vida, por ejemplo, una gran cantidad de pensamientos intrusivos, conductas violentas en momentos de alto estrés, entre otras; para así establecer objetivos claros de la terapia. Es importante tratar de desmenuzar al máximo las problemáticas de los pacientes, con el objetivo de que reflexione sobre sus pensamientos y también de encontrar objetivos más focalizados, fáciles de cumplir en corto plazo, generando entusiasmo en torno al proceso terapéutico.

- *Modificar los pensamientos automáticos y esquemas cognitivos:* En este punto hay que tener en cuenta que el sentido de la terapia es modificar o re direccionar, los autores ponen como ejemplo cambiar la idea “soy una mala persona” por “a veces me comporto mal”, durante la práctica dirigida también se trató de caracterizar los delirios como “confusiones”. En el tratamiento de la esquizofrenia es totalmente contra indicada la confrontación, ya que el pensamiento del paciente es tan rígido que puede tornarse hostil ante la confrontación, por tanto, el sentido es re direccionar los pensamientos y esquemas negativos hacia puntos más saludables.
- *Implementar estrategias conductuales:* Se recomiendan tareas para el hogar que cumplan con los siguientes requisitos: la persona debe comprender y poder llevar a cabo la tarea, debe querer hacerla y debe recibir un parabién por hacerla. El objetivo de la intervención conductual es reducir aquellas conductas impulsivas que surgen a partir de ideas delirantes, por ejemplo: drogarse, romper bienes del hogar, amenazar a las personas, entre otros; el terapeuta debe ser creativo y paciente, ofreciendo un catálogo amplio de alternativas a la persona teniendo sensibilidad sobre las ideas que tenga la persona alrededor de estas, manteniendo na postura de respeto y comprendiendo que no se va a realizar lo que el terapeuta crea correcto sino lo que le produzca mayor bienestar psicológico a la persona.

A partir de los pasos básicos que se plantean es posible elaborar un proceso de intervención con estrategias más focalizadas y especializadas, y es necesario estar en constante investigación para aprender nuevas formas de proceder.

Otro punto fundamental del proceso terapéutico es mantener la adherencia al tratamiento “la falta de conciencia de enfermedad se ha reconocido como un predictor de no cumplimiento del tratamiento y un factor de riesgo de recaída y, por lo tanto, un impedimento para el tratamiento efectivo del paciente” (Bernardo et al., 2016, p.150), por tanto un objetivo intrínseco a la terapia es que el paciente mantenga su tratamiento, para lo cual se debe realizar también un abordaje con la familia, con la finalidad de que la red de apoyo en torno a este elemento sea sólida.

El objetivo fundamental siempre será el estado óptimo de la persona.

6. Trastorno Afectivo Bipolar

El trastorno afectivo bipolar está incluido en el Eje I de los trastornos clínicos dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo (APA, 2013) este mismo se divide en dos: el tipo 1 que se caracteriza “por la existencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos” (Isasi, 2011, p.9) y el tipo 2 “por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo junto a episodios hipomaníacos” (Isasi, 2011, p.9).

Es un trastorno sumamente difícil de diagnosticar, primeramente, porque para los clínicos es difícil establecer un diagnóstico sin tener pruebas fehacientes de un estado maniático, el cual en ocasiones ni los propios familiares de persona pueden percibir. Sin embargo, es un trastorno que afecta a más de 60 millones de personas alrededor del mundo, (OMS,2018), causando gran deterioro afectivo y social (Isasi, 2011, p.11).

La causa principal del trastorno está orientada hacia factores genéticos (Ríos-Flores y Escudero-Corrales, 2017, p.244), hecho constatado también en la presente práctica, donde todos los pacientes que fueron atendidos con este trastorno tenían historial en su familia de hasta tres miembros cercanos. Sin embargo, otros factores como el uso de sustancias psicoactivas pueden empeorar el diagnóstico, provocando también falta de adherencia al tratamiento.

Este trastorno afecta también significativamente los procesos neuropsicológicos a nivel de funciones ejecutivas, atención y memoria, siendo que las principales alteraciones cognitivas se producen en las fases agudas, pero con prueba de un deterioro más pequeño pero existente en fases de remisión (Ríos-Flores y Escudero-Corrales, 2017, p.246).

La terapia cognitivo conductual plantea un modelo dirigido hacia la atención psicosocial y el aumento de la eficacia de la atención médica. Caballo (2007) plantea los siguientes objetivos del proceso terapéutico:

- *La mejor adherencia a la farmacoterapia:* medicamentos como el litio y el ácido valproíco han demostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar (Isasi, 2011) sin embargo su uso es complejo debido a que hay que mantener un control sus niveles en sangre. Se busca el uso responsable y constante del medicamento para evitar los momentos críticos que pueden causar un desbalance en el uso del medicamento.
- *Ayudar a los pacientes a identificar los síntomas subdrómicos:* una dificultad en el tratamiento de las crisis es que como se mencionó anteriormente pueden pasar desapercibidas en primera instancia, más aún cuando se habla de crisis hipomaniacas, por esto las personas o sus familiares pueden llegar a solicitar ayuda hasta que se

encuentran en un punto de la crisis donde más que hipomanía o manía tiene irritabilidad, lo cual dificulta mucho el tratamiento. Identificar los pródromos de la crisis ofrece un mejor pronóstico en el tratamiento.

- *Proporcionar técnicas para disminuir los pródromos de la crisis y afrontar estímulos estresantes:* Se busca mantener un estado homeostático en el cual la persona no acumule grandes cantidades de estrés, esto sin provocar que la persona sienta que no puede experimentar emociones, sino más bien llevándolas hacia puntos donde prive la orientación a actividades placenteras y respuestas asertivas ante la adversidad. El anexo No. 1 Incluye un programa con actividades para lograr este objetivo terapéutico, que bien pueden ser utilizadas en procesos grupales o de manera individual.

El punto más importante en el tratamiento del trastorno bipolar, es crear consciencia de enfermedad, responsabilizar a la persona de su estado de salud y crear una alianza terapéutica. Con esto poder llegar a un punto en que el mismo paciente detecte que está entrando en un periodo de crisis y solicite ayuda antes de entrar en un estado de hipomanía o manía.

7. Depresión

La depresión corresponde a al trastorno psicológico con más prevalencia a nivel mundial, se estima que alrededor de 300 millones de personas lo padecen a nivel mundial (OMS,2018) y solo en Costa Rica se atendieron 2082 personas en el año 2018 (El Mundo, 2019), esto con la incógnita de todos los casos subclínicos que no se llegan a registrar.

Lilienfeld et al. (2011, p.538) lo describen como un “estado crónico o recurrente caracterizado por un estado de ánimo depresivo prolongado o una disminución del interés por actividades placenteras, acompañado por otros síntomas como pérdida de peso o

dificultades para dormir”, muestra tanto sintomatología psicológica como fisiológica, y uno de los peores factores de riesgo es la incompreensión que existe alrededor de este.

Su origen puede ser producto de eventos vitales o emocionales (Beck et al., 2011), provenir de factores hereditarios (Lilienfeld et al. 2011) o inclusive ser causada por enfermedades cerebrovasculares (Franco, 2007). Siendo así, el primer paso para comprender el trastorno es una búsqueda exhaustiva de la causa del mismo, que de manera empática y no invasiva pueda ofrecer claridad tanto a la persona como al terapeuta; no es inusual que una persona deprimida no pueda referir el motivo de su depresión, pero con normalidad van a estar abiertos a conversar con un terapeuta empático sobre sus emociones, y si este dialogo se maneja de manera abierta y empática es probable que se pueda obtener una lista de hipótesis de la causa si se habla de una depresión típica.

Finalmente, el DSM V (2014) describe los siguientes sub tipos de la depresión:

- *Desregulación disruptiva del estado del ánimo:* Este trastorno se caracteriza por una irritabilidad grave y crónica, con accesos de cólera frecuentes.
- *Depresión Mayor:* Es un trastorno en el cual se presentan de manera sostenida por más de seis meses síntomas de fatiga, apatía, abulia, cambios de pesos, ideaciones y actos suicidas, entre otros. Se puede presentar con características ansiosas, melancólicas, mixtas y psicóticas.
- *Trastorno depresivo persistente:* Este trastorno se caracteriza por un ánimo depresivo la mayor parte del día, en la mayoría de los días, por un periodo mayor a dos años, puede ser precedido por el trastorno depresivo mayor.

En torno al tratamiento de la depresión, destacan dos modelos terapéuticos principalmente. Primeramente, la terapia cognitivo conductual de la depresión (Beck et al., 2010) que plantea los siguientes pasos resumidos para la atención del trastorno:

- Controlar los pensamientos automáticos negativos
- Identificar las relaciones entre cognición afecto y conducta
- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados
- Sustituir las cogniciones desviadas por otras más realistas
- Aprender a identificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck et al, 2010, p.14)

Por otra parte, se encuentra la activación conductual, que cuenta con 10 principios fundamentales según Martell et al (2013) que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 3

Los diez principios fundamentales de la activación conductual

Principio 1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.

Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.

Principio 3. Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.

Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.

Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.

Principio 7. Actuar como un entrenador.

Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.

Principio 9. ¡No lo digas, hazlo!

Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación

Tomado de: Activación conductual para la depresión: una guía clínica, obra de

Christopher R. Martell , Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn . Copyright 2013

Se desprende entonces, que la activación conductual se basa en el avance progresivo de la integración de cambios conductuales en la vida de la persona, dirigidos hacia actividades placenteras y constructivas, que a la postre generan un cambio en la visión del mundo de la misma.

Además de estos dos modelos la terapia cognitivo conductual, ofrece una lista de tratamientos que pueden ser eficaces a la hora de combatir el trastorno, y que fácilmente pueden aplicarse desde distintos modelos del enfoque. Amigo et al (2013) detallan los siguientes dentro de los tratamientos con evidencia de eficacia:

- *Programa de Actividades agradables*: Está dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las actividades que realiza la persona, se basa en técnicas conductuales que están dirigidas hacia una activación de la persona, y que a raíz de la evidencia puedan generar cambios cognitivos.
- *Entrenamiento en habilidades sociales*: Es un tratamiento dirigido a cambiar tres conductas principales: disminuir la aserción negativa de la persona, aumentar la

aserción positiva y mejorar las habilidades conversacionales. Este tratamiento no actúa de forma indirecta como un placebo que induce a la persona hacia una mejoría, y su eficacia ha sido comprobada sin importar el grado de severidad inicial de la depresión.

- *Afrontamiento de la depresión de Lewinsohn, Muñoz, Joungren y Zeiss (1978):* Es un programa psicoeducativo que se imparte a modo de curso, donde se centra en el aumento de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración de cogniciones. Haciendo uso de diferentes modelos como los ya vistos anteriormente y en el cual se puede optar por modalidades individuales o grupales.
- *Terapia de autocontrol de Rehm (1977):* Asume que la depresión se produce por la falta de control sobre las conductas propias, específicamente en las conductas de auto seguimiento de las actividades y el humor, la autoevaluación de los objetivos y logros y el auto reforzamiento, una característica de esta terapia es que sus componentes son eficaces tanto en conjunto como en separado, lo cual genera tanto reforzamiento como dudas en torno a su metodología.
- *Terapia de Solución de Problemas:* Sostiene que los acontecimientos negativos y la solución que se la dan a estos definen el camino entre la superación o la depresión.

Este modelo plantea 4 objetivos básicos:

- Identificar situaciones de la vida anteriores o del presente que puedan ser antecedentes de la depresión.
- Minimizar el impacto de los síntomas depresivos sobre los intentos de solución.

- Aumentar la efectividad de los intentos de solución al problema.
- Enseñar habilidades de solución de problemas para futuras situaciones.

Estos modelos de terapia constan de programas estructurados en su mayoría de 12 sesiones, sin embargo, también pueden ser utilizados de forma aislada en la terapia cognitivo conductual, como es el caso del curso de afrontamiento a la depresión, que toma elementos del programa de actividades agradables y el entrenamiento en habilidades sociales para sí. En los anexos de este documento también se pueden encontrar estos programas integrados en la atención del trastorno afectivo bipolar.

A pesar de la alta epidemiología de la depresión, las técnicas cognitivo conductuales han demostrado ser sumamente efectivas para el tratamiento de esta, sin embargo, el problema puede radicar en la gran cantidad de casos sin atender y sub clínicos, los cuales generan grandes pérdidas tanto monetarias como en vidas humanas.

8. Trastornos de la personalidad

Como se vio en el apartado del eje multiaxial, los trastornos de la personalidad pertenecen al eje II del DSM. Se describe como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (APA,2013, p.645). Es decir, el trastorno de la personalidad va más allá de la personalidad propia y de los rasgos de la personalidad, y un punto clave en la definición es que el malestar y el deterioro no son especificados como experimentados en la persona, de tal forma puede también causar un malestar en las personas que le rodean y un deterioro en su ambiente social.

La APA, caracteriza 10 tipos principales de trastornos de la personalidad, algunos procedentes de otros trastornos del eje I, sin embargo, no realiza una agrupación de los distintos trastornos en sub tipos, por lo cual su comprensión se presenta heterogénea, haciendo creer que no existe relación entre ninguno de los diferentes trastornos. A continuación, y en contraposición, se presentan los trastornos de la personalidad acomodados por grupos, lo cual puede facilitar su comprensión y también su abordaje:

Tabla No. 4

Tipos de Trastornos de la Personalidad	
Grupo A: Restricción emocional y comportamientos raros	- Trastorno paranoide de la personalidad
	- Trastorno esquizoide de la personalidad
	- Trastorno esquizotípico de la personalidad
Grupo B: Emotividad dramática y exagerada	- Trastorno antisocial de la personalidad
	- Trastorno límite de la personalidad
	- Trastorno histriónico de la personalidad
	- Trastorno narcisista de la personalidad
Grupo C: Sumisión ansiosa y persistente	- Trastorno ansioso de la personalidad
	- Trastorno dependiente de la personalidad
	- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Otros trastornos no especificados	- Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
	- Trastorno sádico de la personalidad
	- Trastorno autodestructivo de la personalidad

(Othmer y Othmer 1996, p.391)

Como se puede notar, los trastornos de la personalidad, aun cuando sean muchos pueden seguir varios patrones, sin perder por esto sus particularidades, esto genera que exista una gran diferencia en la atención de cada uno de ellos, la cual se puede ver ampliamente marcada por el grupo al que pertenezcan, por ejemplo es de esperar que las personas con un trastorno del grupo C estén expectantes ante las opiniones del terapeuta para proceder con estas,

mientras que a una persona con un trastorno del grupo A le puede dar o mismo la opinión del terapeuta.

IV. Objetivos

La presente práctica, nació de la inquietud del estudiante, respecto a la sensación de no haber recibido la suficiente práctica clínica durante el proceso académico de la universidad. Esta inquietud le llevó a buscar un método para prepararse mejor y poder tener certeza completa en su capacidad para ejercer como psicólogo, tal como la faculta por derecho la licenciatura en psicología.

Por este motivo el objetivo latente es un deseo de mejorar, y de ser consecuente con la responsabilidad que se posa sobre sus hombros al ejercer profesionalmente. De este deseo se derivan los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

1. Desarrollar las competencias y las destrezas propias del profesional en psicología clínica desde un enfoque cognitivo conductual.
2. Colaborar con labores en el Unidad de Psiquiatría Aguda que representen un aporte para el centro médico y a la práctica del rol del psicólogo clínico.

Objetivos Específicos

- 1.1. Realizar evaluaciones clínicas para determinar trastornos psicológicos en los pacientes, así como los factores psicosociales vinculados.
- 1.2. Diseñar e implementar intervenciones tanto a nivel individual como grupal con parejas y familiares, según lo requiera la consulta desde un enfoque cognitivo-conductual.
- 1.3. Brindar acompañamiento y soporte psicológico a las personas hospitalizadas en la Unidad Psiquiátrica de Agudos.

- 2.1 Colaborar con la elaboración de exámenes mentales, protocolos de salud entre otros.
- 2.2 Trabajar en conjunto con profesionales de la misma y otras disciplinas en tareas regulares del Servicio de Psicología Clínica.

V. Metodología

El presente proyecto se desarrolló con una metodología de práctica dirigida, como ya se ha mencionado anteriormente, con una duración de 6 meses exactos, en los cuales se laboró a tiempo completo en el Hospital Chacón Paut.

En este apartado se describen las técnicas pertenecientes a la psicología clínica cognitivo conductual que fueron necesarias para realizar la práctica, así como los procedimientos realizados dentro del nosocomio y las competencias que se requirieron para llevarlos a cabo.

1. Etapas de trabajo de la práctica

Como parte del proceso de formación del sustentante durante la práctica, la supervisora Marjorie Moreno, planteó tres etapas formativas en las que se dividieron los seis meses trabajados en el hospital. Estas etapas con su objetivo y justificación se describen a continuación:

- *Primera Etapa:* La primera etapa tuvo una duración aproximada de mes y medio, en la cual el estudiante debió asumir una postura contemplativa, acumulando durante la misma gran cantidad de horas como observador, para entender por medio del aprendizaje vicario la forma de atender casos de trastorno mental mayor y agudo y así poder asimilar las capacidades que más adelante pondría en práctica.

En esta etapa el sustentante también tuvo que formarse teóricamente por medio de la lectura, para comprender las estructuras del pensamiento en el trastorno mental y el comportamiento de las enfermedades más atendidas en la unidad. Esta etapa estuvo presente durante toda la práctica, siendo que el sustentante siguió formándose posteriormente por medio de la observación, la lectura y otras asignaciones que fueron agregándose.

- *Segunda etapa:* Esta etapa transcurrió durante el segundo y el cuarto mes de trabajo. Durante la misma el sustentante empezó a realizar atención como coterapeuta de la supervisora, y gradualmente empezó a atender casos como terapeuta. Además de esto, en esta etapa elaboró el primer material para el hospital, una sistematización para la atención grupal del Trastorno Afectivo Bipolar, el cual se presenta en el apartado de resultados.

Como se mencionó anteriormente cada etapa fue acumulativa, por lo cual durante esta se siguió realizando el trabajo de la etapa anterior, y el trabajo de la presente, fue realizado también en la tercera etapa.

- Tercera etapa: Los últimos dos meses, sirvieron para evaluar el trabajo realizado durante las dos etapas anteriores, en la segunda evaluación realizada con la supervisora y de la cual se da cuenta en el apartado de resultados, se hicieron los últimos ajustes para mejorar la atención de los usuarios. El sustentante tomo lo aprendido durante las dos etapas anteriores, para brindar una atención exclusiva como terapeuta, participar de manera activa en visitas interdisciplinarias y generar el presente reporte. Además, esta etapa significó el cierre en el hospital, no solo con los profesionales con los que trabajó el sustentante, sino también con los pacientes que de momento estaba atendiendo, y con los cuales debió realizar un cierre terapéutico oportuno; explicándoles las circunstancias del cierre y preparándolos para ser atendidos por otro profesional.

Como se explicó, cada una de estas etapas fue acumulativa, por lo cual el trabajo se fue sumando, y finalmente el sustentante estuvo en capacidad de desarrollar todas las habilidades

de un terapeuta en el ámbito hospitalario, que tienen que ver mucho con la atención, la escucha activa, la observación, la contemplación y la acción.

2. Rutina diaria de trabajo

En el quehacer del día a día dentro de la Unidad de Psiquiatría aguda, el sustentante se adhirió a una rutina de trabajo que se mantuvo constante durante su práctica. Esta rutina fue la base sobre la cual se adquirieron todos los conocimientos y competencias que se detallan en el capítulo próximo de resultados. Por este motivo dentro de este apartado se describe la rutina por lapsos aproximados de horas, con la intención de ofrecer una descripción de la metodología de trabajo utilizada para alcanzar los resultados.

- **Entrada al puesto de trabajo y primeras horas de la mañana:** El sustentante ingresó al puesto de trabajo a las 7:00 am junto con la supervisora. En esta primera parte del día se dedicó a la lectura de expedientes digitales, revisando las notas de enfermería por la noche y los posibles nuevos ingresos. Además de esto se realizaban labores varias de oficina, como administración de la correspondencia, llamadas telefónicas a pacientes, recepción de interconsultas, entre otras. Por último, durante este lapso de tiempo el sustentante en conjunto con la supervisora, realizaban el itinerario del día, asignando y planificando las labores.
- **Media mañana:** A partir de las 9:00 am, el sustentante procedía con normalidad en dos tareas: primeramente, la asistencia a las visitas interdisciplinarias con el equipo de trabajo, para el ingreso de nuevos pacientes o la atención y el seguimiento de los ya internados en la unidad. A parte, el sustentante también aprovechó estas horas, para la aplicación de pruebas psicológicas a pacientes que, a solicitud del equipo de trabajo, requerían un proceso de evaluación psicológica. Por último, cuando así se requirió el

sustentante tomó la tarea de utilizar este tiempo en la redacción de informes de evaluación psicológica, referencias clínicas, epicrisis y otros documentos de suma importancia para el funcionamiento de la unidad.

- **Tarde:** Las horas de la tarde fueron utilizadas mayoritariamente para la atención clínica de pacientes y familiares, esto así porque en horas de la mañana solían tener una rutina muy activa, por lo cual en la tarde se presentaban mayores condiciones para una atención ininterrumpida. Además de la atención clínica se procedió en este lapso de tiempo a la revisión e interpretación de las diferentes pruebas psicológicas, que como ya se observó eran suministradas en horas de la mañana.
- **Otras actividades:** Durante el transcurso del día, el sustentante se vio en la necesidad de atender otras demandas hospitalarias, que, si bien estaban dentro de su labor, no se encontraban planificadas dentro de la organización del día, esto por su carácter sorpresivo. Dentro de estas actividades estaba la atención de pacientes que llegaban al consultorio a realizar consultas, trámites administrativos de carácter urgente, atención a pacientes de larga estancia fuera de la Unidad de Psiquiatría Aguda, llamadas telefónicas, entre otros. Estas atenciones, igual de importantes que todas las demás, no fueron registradas estadísticamente, pero si se consigna un apartado en la sección de resultados para su abordaje.

Como se puede notar, el practicante, realizó en su paso por la unidad, todas las tareas inherentes al cargo de un psicólogo clínico, siempre bajo la supervisión de una supervisora especialista. Esta metodología de trabajo, intensiva y exhaustiva, logró cubrir todas las áreas que los objetivos del proyecto planteaban, y ayudaron a especializar al sustentante en los procedimientos que a continuación se detallan.

3. Procedimientos y estrategias utilizadas

A continuación, se realiza una aproximación a las estrategias que fueron utilizadas en el centro hospitalario, las cuales están divididas en dos categorías: aquellas que fueron utilizadas en los procesos de evaluación y aquellas que se requirieron para el tratamiento de los y las usuarias.

Más adelante en la sección de resultados, se podrán encontrar con detalle, todas aquellas actividades que se realizaron durante la práctica y en las cuales se hizo uso de las siguientes técnicas.

A. Evaluación Clínica Conductual

Para la puesta en práctica del modelo cognitivo conductual “el proceso diagnóstico se inicia desde la primera entrevista cliente-terapeuta y el tiempo que la fase completa pueda tomar dependerá de la experiencia del terapeuta” (Navas, 1984, p.279). Para este diagnóstico resulta imprescindible que el profesional este dotado y apropiado de técnicas y habilidades específicas que le permitan llevarlo a cabo de forma exitosa. Además de esto el proceso evaluativo continua ininterrumpidamente durante el resto del proceso terapéutico.

La terapia cognitivo conductual ofrece una amplia gama de posibles técnicas a aplicar (Ruiz et al, 2012) (Labrador,2011) y estas también dependen del modelo de terapia desde la cual vaya a posicionar la atención. Sin embargo, para efectos prácticos se enumeran las tres principales técnicas del modelo:

Entrevista clínica conductual: el proceso de evaluación en la entrevista comprende la recolección de información que revele mejor la naturaleza del problema a tratar y con ésta se pueda plantear un esquema de soluciones al mismo (Aguado, Gálvez & Silberman, 2003,

p.33). El transcurso de la entrevista clínica según se ha desarrollado en este documento, ha de considerar los diferentes factores ya sean biológicos, sociales o psicológicos, esto con el fin de lograr tener una visión completa del problema que afecta a la persona. Muchos trastornos tienen en sí una base biológica, sin embargo, también pueden ser desencadenados por factores ambientales, por eso es preciso que la investigación del problema sea exhaustiva y esté basada en el método científico, con el propósito final de desarrollar una formulación clínica, en la cual se planteen las posibles hipótesis tanto de la naturaleza del problema, como de la solución del mismo; todo esto para poder crear una estrategia a seguir y brindarle al paciente la atención adecuada para su problema. El objetivo primario de la entrevista se basó en plantear una línea base del comportamiento conductual del paciente, con el fin de realizar todas las modificaciones tanto internas como de su medio ambiente.

Durante el proceso de la práctica se realizaron múltiples entrevistas con la finalidad de obtener datos que fuesen valiosos para el proceso terapéutico de la persona, ya fueran utilizados por el mismo personal de psicología o por otros miembros del equipo de trabajo como el psiquiatra, o el personal de enfermería. Es importante aclarar que, durante los procesos hospitalarios en la unidad, la evaluación es constante, puesto que por las características propias de los usuarios y de las crisis en sí mismas, no solo se obtenía nueva información conforme avanzaba la hospitalización sino también, la obtenida anteriormente presentaba cambios.

Dentro de la aplicación de la entrevista clínica, importa también el elemento de la historia longitudinal. Se refiere a toda la historia que el usuario pueda establecer respecto a su enfermedad (Rojas, 1992, p.7). Dentro de lo que se propone tanto desde el modelo cognitivo conductual como desde el enfoque clínico que expone Rojas (1992), es seguir la narrativa

del usuario, guiada por el profesional clínico. Esta no corresponde a una mera guía de preguntas, sino a una exploración en la cual se toman en cuenta los temas que para el usuario resultan relevantes siempre con una guía del profesional que vela para que la narrativa se centre dentro de la historia del problema.

Examen Mental: El examen mental es un instrumento utilizado en el Servicio de Psicología Clínica, Rojas (1992, p.1) establece que “para ayudar a un enfermo, de todos aquellos datos que indiquen la presencia de patología en el enfermo” para esto se utiliza el examen mental que cuenta con la recolección de datos sobre la apariencia general, actitud, comportamiento, afecto, pensamiento, percepción, capacidad intelectual, calculo, capacidad de abstracción y confiabilidad. Esta evaluación exhaustiva permite crear un perfil detallado en el expediente sobre el paciente y es una de las prácticas más frecuentes que debe realizar el psicólogo clínico en el hospital.

Aplicación de pruebas psicológicas: Durante la puesta en práctica de los procesos evaluativos, se administraron gran cantidad de pruebas psicológicas, utilizadas para “evaluar en términos absolutos el estatus que exhibe un sujeto respecto a un criterio, entendiendo como criterio un dominio de conductas” (Meneses et al., 2013, p.112). Sobre estas se va profundizar más en el capítulo de resultados, puesto que fueron un insumo de suma importancia y una de las principales competencias adquiridas durante la práctica.

A continuación, se presenta una breve descripción de las pruebas psicométricas que el sustentante aplicó durante el proceso de la práctica dirigida:

- **Neuropsi:** Este es un instrumento de screening neuropsicológico que permite valorar procesos cognitivos en pacientes psiquiátricos y neurológicos (Querejeta et al, 2012,

p.49). Durante la práctica se aplicó en dos variantes, el neuropsi breve y el neuropsi atención y memoria, más extenso y utilizado para usuarios con educación básica completa.

- **Inventario clínico multiaxial de millón:** El test de Millon, es “uno de los instrumentos más prestigiosos y utilizados internacionalmente para la evaluación de la psicopatología tanto en ámbitos clínicos, como de investigación” (Sanz, 2007, p.287). Esencialmente fue utilizado para medir rasgos de personalidad, ya que este arroja los resultados para los tres grupos de trastornos de personalidad que se abarcaron en el apartado del marco teórico. Este test causó muy buena impresión al sustentante, ya que en la mayor parte de las ocasiones arrojaba resultados idénticos a la hipótesis clínica generada por el equipo en torno al diagnóstico de los pacientes; por lo cual se cataloga como un excelente recurso de corroboración diagnóstica.
- **Test visomotor de Bender:** Corresponde a una prueba de screening para detectar retraso en la maduración, madurez del aprendizaje, lesión cerebral, retraso mental y dificultades perceptuales o visomotoras (Heredia et al, 2012, p.8). El test consiste en 8 láminas con figuras, que el usuario debe copiar en una hoja del papel. Durante la práctica se utilizó con la variante de realizar una evocación de las figuras 20 minutos después, y el principal objetivo del mismo fue obtener un cribaje de deterioro neurocognitivo.
- **Cuestionario clínico de personalidad para jóvenes y adultos (TAMADUL):** El Tamadul es un test de personalidad, que se utiliza para conocer tres vertientes principales de la persona: bienestar o malestar psicológico, inadaptación y estilos educativos parentales (Hernandez-Gaunir y Hernandez, 2013). Durante la práctica

fue utilizado para medir rasgos de aislamiento en las personas, junto con el test de Millon para medir rasgos de personalidad, generando una triangulación entre ambos.

- **Test de dominó:** Este test es utilizado para “valorar la capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a nuevos problemas y apreciar las funciones centrales de la inteligencia, abstracción y comprensión de relaciones” (Anstey, 1999, p.5). Esta prueba se utilizó en pocas ocasiones, ya que en el hospital se utiliza en el área de recursos humanos, donde el sustentante estuvo por un periodo de dos semanas con su supervisora y la aplico a postulantes de la CCSS.
- **Escala de los síndromes positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS):** Esta escala es “es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. Se trata de una escala heteroaplicada que se cumplimenta a partir de una entrevista semiestructurada” (Gil et al, 2009, p.162). Por medio de esta se puede establecer una puntuación percentil de la esquizofrenia y categorizarla como positiva o negativa. Durante la práctica esta prueba solo se utilizó en un caso de esquizofrenia totalmente atípica y como parte de un protocolo de pruebas que el sustentante duró dos semanas pasando al paciente.
- **Inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS):** El sims es un test de auto informe que “pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico” (Gonzalez, Santamaria y Fernandez, 2010, p.9). Este inventario se aplica a los usuarios de los cuales se tiene dudas de generación intencionada de síntomas, especialmente de síntomas psicóticos. Es importante acotar que los usuarios no tienen conocimiento de que están llenando un inventario de simulación, y se les presenta como un inventario de síntomas común.

- **Miller forensic assessment of symptoms test (M-Fast):** El M-Fast es un test psicológico forense que tiene como objetivo, mostrar al clínico un screening sobre la validez de la enfermedad mental (Miller,2005, p.592). En el centro hospitalario es utilizado para las mismas razones que el SIMS, sin embargo, su aplicación es más compleja, por lo cual se prefiere la otra prueba. Fue puesto en práctica con el objetivo de que el sustentante adquiriera la habilidad para suministrarlo en otros ambientes y como parte del proceso de formación que la supervisora estimo conveniente para el practicante.

B. Tratamiento

Como ya se ha mencionado anteriormente, la atención realizada en el centro médico estuvo orientada por los principios de un modelo terapéutico cognitivo-conductual (Caballo,1998, Beck, 2012). Se ha mencionado ya que los principales trastornos que se encuentran en el Hospital Nacional Psiquiátrico Chacón Paut corresponden en su mayoría a trastornos de la personalidad, del estado de ánimo y específicamente en la UPA a trastornos mentales mayores como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. Estos trastornos han sido ampliamente estudiados desde el enfoque y tienen una amplia gama de técnicas a aplicar (Gavino,2006, Ríos et al, 2012, Leahy, 2018). Como los tratamientos para los trastornos son tan variados y existen manuales específicos, a continuación, se exponen las principales técnicas o recursos con los cuales el psicólogo debería contar y de las cuales se hizo uso durante el periodo de práctica:

Psicoeducación: Constituye un pilar fundamental de la terapia cognitivo conductual. Está presente de manera global en el proceso terapéutico donde se mantiene al paciente constantemente informado sobre todo lo referente a este, pero también es vital en el abordaje

de la enfermedad. Mueser, Deavers, Penn y Cassisi (2013) rescatan la psicoeducación como un elemento primordial en la atención de trastornos esquizoides, primero planteando la necesidad de establecer un proceso psicoeducativo con el paciente sobre la enfermedad que tiene y sobre su tratamiento, además de psicoeducar a la familia del usuario. Este segundo punto es especialmente relevante ante la realidad actual por la que pasa el hospital; los autores mencionados refieren que normalmente las familias no están habituadas con la enfermedad ni con la convivencia con el familiar afectado, por lo cual un tratamiento de psicoeducación con los familiares trae grandes réditos para el proceso terapéutico.

Muchos de los familiares de las personas usuarias, al recibir información respecto a la enfermedad de los usuarios, expresaban mucho agradecimiento, pues referían que nunca les habían dicho nada respecto al padecimiento de su ser querido y no habían sido acompañados durante el proceso por lo cual había sido “como un camino a ciegas”.

Reestructuración Cognitiva: “Se refiere a la necesidad que puede haber de modificar creencias, cogniciones y/o actitudes que están presentes a la hora de realizar el entrenamiento y que intervienen en una manera negativa” (Ríos et al., 2012, p.300, Beck,2012). Esto se hace mediante el empleo de un diálogo socrático, mediante el cual la persona reorienta cogniciones negativas hacia un fin más práctico.

Esta técnica no solo resultaba útil a la hora de trabajar con pacientes, sino también en el abordaje de las familias, que tenían muchas concepciones erróneas sobre las diferentes enfermedades, nacidas a partir de una falta de acompañamiento, y que con un grado mínimo de reestructuración y psicoeducación producía cambios satisfactorios.

Entrenamiento en habilidades sociales: Una preparación pobre, o la falta de habilidades sociales en adultos está asociado con problemas de aislamiento, depresión, ansiedad, entre otros. Además, es ampliamente utilizado a nivel terapéutico con el fin de mejorar el ambiente social de la persona, porque en este suele estar la base de diversos trastornos psicológicos (Ruiz et al., 2012, p.292). El entrenamiento en habilidades puede funcionar en dos direcciones: una social, puesto que primeramente ayudan a las personas a mejorar sus relaciones y lograr una reinserción social; y la otra clínica puesto que ataca los principales síntomas de la enfermedad, y aunque la mayoría de los trastornos son crónicos con la debida atención puede llegar a tener una afectación mínima.

Las habilidades sociales pueden ser entrenadas mediante métodos de modelado, ensayos conductuales, reforzamiento, retroalimentación, reestructuración cognitiva, entre otras y dentro de estas se puede realizar actividades específicas como el entrenamiento en habilidades sociales, manejo de estrés, solución de problemas toma de decisiones, entre otras, que realmente dan un aporte valioso a la reinserción de los pacientes a la sociedad. Además, el entrenamiento puede darse tanto de forma individual como grupal.

Estrategias de afrontamiento: Las estrategias de afrontamiento contra el estrés son aquellas se refieren a los “recursos personales que utilizan las personas con un diagnóstico de psicosis para manejar las demandas ocasionadas por su trastorno y las provenientes de su entorno” (Perona & Galán, 2001, p.148). Además de esto como se mencionó en el apartado anterior de “habilidades sociales” estos recursos actúan en muchas direcciones tanto sociales como clínicas, colaborando en la mejora de múltiples trastornos psicológicos.

Una de las estrategias principales para la psicosis es la que propone Barlow (2014, p.515) para la reducción del estrés en pacientes psicóticos, recomendando técnicas de relajación rápida para la disminución y el control del estrés.

Dentro de estas técnicas de relajación rápida, están incluidas la respiración diafragmática, la relajación autógena, las técnicas de distracción, entre otras. Las cuales fueron muy útiles para

Resolución de problemas: La resolución de problemas es una técnica que se define como “un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular” (Bados y García, 2014, p.2). Un ejemplo de esto es el caso de un usuario atendido durante la práctica, con una conflictiva relacionada en torno a la elección de trabajo y la intrusión de su familia en sus decisiones; durante las sesiones el joven determinó cual era la decisión que debía tomar respecto a esta conflictiva y además la mejor forma de comunicarlo a su familia.

El campo de acción de las estrategias en resolución de problemas es amplio, pero especialmente el aspecto que mencionan los autores es de suma importancia, ya que se busca dotar a los usuarios de herramientas para poder realizar el egreso de la institución, y readaptarse de manera positiva en el contexto familiar y social.

Durante la práctica esta fue una estrategia fundamental para colaborar en la relación de los pacientes con sus familiares, la cual, a raíz de la misma dinámica provocada por la enfermedad, estaba muy desgastada. Por lo cual dotarles de técnicas específicas para relacionarse en el hogar, causó un impacto positivo en muchos de los casos.

Activación Conductual: La activación conductual “es un tratamiento breve y estructurado para la depresión que tiene como objetivo la activación de los clientes de modos específicos

que aumentará las experiencias gratificantes en sus vidas” (Martell et al., 2013, p.48). Como ya se mencionó en el apartado de depresión, su tratamiento va orientado hacia el aumento de actividades agradables en la persona en conjunto con la reestructuración de los pensamientos negativos. Estas actividades no son planteadas de manera azarosa, sino que son el producto de un entendimiento entre la persona y el terapeuta y del conglomerado de pequeños triunfos que van devolviendo el sentido de los días a la persona. Fue este modelo terapéutico el principal motor de cambio para personas atendidas por el postulante con trastornos de depresión mayor o trastornos de adaptación con sintomatología depresiva y a raíz de la experiencia se pudo notar que la activación conductual no solo funciona como una técnica conductual superficial, sino que interfiere también en los procesos de conducta pensante, realizando cambios en la cogniciones de la persona y en su visión de sí mismo, del mundo que le rodea y del futuro que le espera.

4. Consideraciones de autocuidado

La inserción del sustente en la Unidad de Psiquitría Aguda, requirió de la previsión de ciertas precauciones, esto debido a la complejidad de los trastornos atendidos dentro de esta, caracterizados por ser desgastantes, no solo para quienes los padecen, sino también para los profesionales que los atienden. Por este motivo se tomaron las siguientes precauciones para garantizar el bienestar biopsicosocial del sustentante:

- Durante el periodo de la práctica el sustentante se garantizó para sí mismo al menos 8 horas diarias de sueño como mínimo, lo cual requirió una organización y planeamiento de sus actividades diarias para poder permitírselo.
- Se asistió a una supervisión semanal con el director Ronald Ramírez Henderson, con la finalidad de acompañar al estudiante durante su proceso, y colaborarle con su salud.

- Se asistió a actividades festivas dentro del hospital como celebraciones de cumpleaños y almuerzos grupales, siendo estos ratos de esparcimiento un encuentro con colegas que sirvió para la distracción y el ocio dentro del centro de trabajo.
- Finalmente, la práctica en si misma sirvió como un método de autocuidado. El sustentante al ver su progreso y obtener resultados positivos en la atención brindada, empezó a recibir satisfacción de esta y a regocijarse en el bienestar alcanzado por los pacientes atendido, culminando con el resultado de que las sesiones clínicas en lugar de ser desgastantes terminaron siendo espacios para la autorrealización.

5. Consideraciones Ético-legales

La práctica estuvo amparada mediante los lineamientos del Colegio Profesional de Psicólogos, poniendo énfasis en artículo 38 del capítulo V. Además, se encontró regida por el reglamento de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica.

Se veló por mantener una praxis respetuosa de la privacidad y la autonomía de las personas y estuvo dirigida mediante las buenas practicas del ser profesional que caracterizan a los profesionales de la Universidad de Costa Rica, y se llevó a cabo siempre bajo la tutela de profesionales colegiados, como la Dra. Marjorie Moreno y el Médico Psiquiatra en el centro hospitalario y la supervisión semanal del Dr. Ronald Ramírez.

6. Precauciones

Todo el proceso de la práctica profesionalizante fue supervisado por un equipo asesor conformado por un director, el cual se encargó de supervisar periódicamente el avance correcto de la práctica, dos lectores a los cuales de igual manera el sustentante pudo evacuar sus dudas respecto a la realización del documento y una asesora técnica la cual tuvo a su

responsabilidad el trabajo diario del practicante, y la implementación de buenas prácticas clínicas.

Por lo cual, en todo momento el sustentante no solo fue evaluado y retroalimentado, sino que tuvo el soporte para evacuar sus dudas y crecer profesionalmente.

4. Supervisiones

Con el director: Se realizaron supervisiones semanales durante los primeros 4 meses de la práctica, para pasar a ser quincenales en los dos últimos meses. En todas las supervisiones se entregó un informe semanal de seguimiento al trabajo realizado y se tomaron en cuenta tanto puntos de la práctica clínica como de la logística del proyecto.

Con la asesora técnica: La supervisión por parte de la asesora fue un hecho intrínseco de la práctica. Acompañó de manera presencial al sustentante durante todos sus procedimientos y además fungió como lectora y consejera de todos los materiales realizados por el sustentante, su papel fue orientador en todo sentido.

Con los lectores: Se entregaron informes de los avances del proyecto abiertos a los comentarios de los lectores, asimismo se realizaron supervisiones una vez terminada la práctica.

VI. Resultados

Con un proceso de 6 meses, durante el periodo de la práctica dirigida se realizaron múltiples actividades desde el modelo cognitivo conductual, las cuales para fines técnicos es difícil poder detallar en toda su amplitud. Sin embargo, ayudaron cada una de ellas a cumplir con los objetivos planteados desde un inicio.

A continuación, se presenta un recopilado exhaustivo tanto de los procedimientos llevados a cabo, como de los resultados y evaluaciones provenientes de estos.

1. Recuento total de horas.

Con el fin de facilitar la comprensión sobre la utilización del tiempo durante el periodo de práctica, se procedió a categorizar las horas laboradas en cinco grandes dominios de horas: *practicante, administrativas, observador, coterapeuta y terapeuta*, de las cuales se ofrece el recuento y se detallan a continuación.

Tabla No. 5

Recuento de horas por tipo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Horas practicante	379	36,63%
Horas administrativas	298	28,80%
Horas observador	163,5	15,81%
Horas coterapeuta	102	9,85%
Horas terapeuta	92	8,89%
n	1034,5	100%

A continuación, se describe brevemente en que consistió cada una de las secciones señaladas en la tabla anterior:

- *Hora practicante:* Comprenden todas aquellas que el postulante utilizó para prepararse teóricamente con el fin de llevar a cabo las tareas pertinentes, haciendo uso de materiales literarios para apropiarse de la semiótica de los trastornos y las técnicas utilizadas en la unidad. Además de esto se encuentran en este apartado las horas de uso en la confección de materiales como folletos y protocolos para el hospital.
- *Horas Administrativas:* Fueron utilizadas en los procedimientos administrativos necesarios. Por ejemplo, la recepción de correspondencia, redacción de correos, lectura de expedientes, administración de interconsultas y programación de citas. Así también se incluyeron dentro de este apartado labores de carácter más clínico como la redacción de informes psicológicos, referencias clínicas, exámenes mentales y asistencia a sesiones del servicio de psicología clínica.
- *Horas Observador:* Durante gran cantidad de los primeros dos meses de práctica y esporádicamente en los siguientes meses, se realizó la labor de observador, tanto durante la atención en psicología clínica, como en las visitas interdisciplinarias con el médico psiquiatra. Teniendo en cuenta la cotidianeidad de éstas y la duración de 3 a 4 horas aproximadamente donde se realizaba tanto la atención de pacientes como las discusiones de equipo. Formaron parte de una experiencia sumamente enriquecedora, la cual permitió aprender de la forma de atender de especialistas con larga experiencia, así como de técnicas y recursos teóricos.

- *Horas Coterapeuta:* Dentro de este apartado, se incorporan actividades de atención en consulta, tanto individual, de pareja o familia, las cuales fueron realizadas con otros profesionales del hospital. Éstas ayudaron a formar un criterio y una práctica sobre la interdisciplinariedad de la consulta.
- *Horas Terapeuta:* Finalmente, se detallan aquellos momentos de atención en consulta de manera individual, y en la mayoría de estas atenciones con la presencia observadora de la supervisora, lo cual permitió pulir destrezas y corregir falencias mediante el contacto directo de una persona a cargo. Estando ésta presente durante las sesiones, pudo observar y anotar situaciones con un alcance que no se puede tener por medio de la supervisión característica de la academia.

2. Síntesis estadística de las actividades realizadas.

En la tabla No. 6 se presenta la información del total de actividad realizadas durante el proceso de la práctica, siendo esta una presentación meramente descriptiva que busca generar el análisis en los próximos apartados.

Tabla No. 6

Actividades realizadas

Actividad	Recuento	Porcentaje del total
Pacientes atendidos	57	19,45%
Exámenes Mentales	57	19,45%
Informes Psicológicos	8	2,73%
Referencias Clínicas	10	3,41
Visitas de Psiquiatría	41	13,99

Atenciones Individuales como Coterapeuta	29	9,89%
Atenciones Individuales como Terapeuta	52	17,74
Atenciones Familiares	24	8,19
Atenciones grupales	2	0,68%
Reuniones del equipo de Larga Estancia	5	1,70%
Reuniones del equipo de Psicología	4	1,36%
Giras	2	0,68%
Materiales confeccionados	2	0,68%
n	293	100%

Es indispensable para el análisis de esta estadística, recordar que el usuario atendido en esta unidad del centro médico es de condición aguda y cuidado especial, por lo tanto, el nivel de atención requiere una complejidad mayor, con algunas sesiones que podían dilatar horas, o procesos de evaluación sumamente largos. Por lo tanto, el trabajo realizado no debe medirse solo en términos cuantificables sino en experiencia adquirida, por lo cual en los próximos apartados se profundizará sobre cada una de estas actividades.

3. Características de las personas atendidas

Con el fin de comprender mejor el nivel de atención que se describe en la tabla No. 6 se muestran a continuación las principales características recogidas en torno a las 55 personas que fueron atendidas en el servicio y 02 personas atendidas en consulta externa durante los 6 meses de duración de la práctica.

1.1 Prevalencia de Trastornos

A continuación, se presentan los datos de los trastornos primarios que padecían las personas atendidas:

Tabla No. 7

Número de personas atendidas por trastorno

Categoría nosológica	Recuento	Porcentaje
Esquizofrenia	15	26,31%
Trastorno de la personalidad	12	21,05%
Depresión	6	10,52%
Trastorno debido a causas orgánicas	5	8,77%
Trastorno afectivo bipolar	4	7,01%
Trastorno de adaptación	4	7,01%
Trastorno esquizoafectivo	3	5,26%
Episodio psicótico agudo	2	3,50%
Adicción a sustancias psicoactivas	2	3,50%
n	57	100%

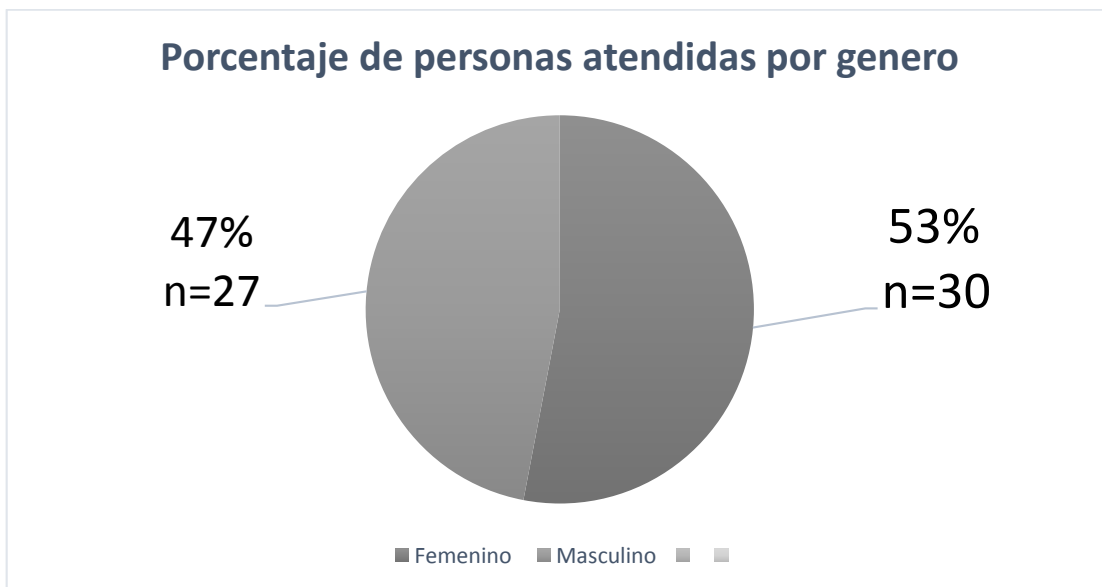
En la tabla anterior, se presentaron los trastornos de forma agrupada. Por ejemplo, en la categoría de esquizofrenia, se agrupan todas las subvariantes nosológicas que se presentaron en el apartado del marco teórico. De igual manera con la depresión y los trastornos de la personalidad.

Se puede notar la heterogeneidad existente en la atención del servicio, que, si bien centra su prioridad en trastornos del espectro psicótico, no se limita solo a estos, sino que también le es atinente cualquier otro estado agudo grave.

1.2.Género de las personas atendidas

Como se muestra en el gráfico # 2 la distribución por género fue casi equitativa, con una frecuencia de 30 mujeres atendidas 27 hombres, esta cifra no corresponde con la que se muestra en el grafico #1 del presente trabajo, donde se muestra la estadística por género en atenciones del 2018, y la atención a mujeres supone más del doble que la atención a hombres. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la primera estadística contempla la atención brindada en todo el hospital, y que en su mayoría se concentra en la Unidad de Intervención en Crisis, donde se atienden con más frecuencia trastornos de la personalidad, los cuales, como apunta (Caballo, 2004) son mucho más frecuentes en el género femenino.

Gráfico 2 Porcentaje de personas atendidas por genero



1.3.Lugar de procedencia de la población

Como ya se mencionó a inicios de este documento, al ser un hospital nacional no se posee zona de adscripción limitada, por lo cual importa mucho conocer cuáles son las principales zonas que remiten usuarios en consulta.

En la siguiente tabla, se muestra la distribución de domicilio por provincias, con el caso especial de la inclusión de los cantones de Tres Ríos y Pérez Zeledón. El primero por ser el área de atracción del hospital, y el segundo por la gran cantidad de referencias que se realizaron desde su hospital regional.

Tabla No. 8

1.4. Número de personas atendidas por lugar de procedencia

Provincia o cantón de referencia	Recuento	Porcentaje
San José	28	49,12%
Pérez Zeledón	17	29,82%
Cartago	5	8,77%
Heredia	3	5,26%
Tres Ríos	3	5,26%
Limón	1	1,75%
n	57	100%

1.5. Edad de las personas atendidas

El rango de edad de las personas atendidas fue muy heterogéneo, siendo la persona más joven atendida de 18 años y la mayor de 71 años. Hubo usuarios distribuidos de manera casi uniforme desde la veintena hasta septena.

A continuación, se presenta la distribución por décadas de cohorte.

Tabla No. 9

Número de personas atendidas por rango de edad

Rango de edad	Recuento	Porcentaje
18 a 29 años	18	31,57%
30 a 39 años	12	21,05%

40 a 49 años	9	15,78%
50 a 59 años	10	17,54%
60 a 69 años	7	12,28
70 a 80 años	1	1,75%
n	57	100%

Como se puede notar y se acotó arriba, los usuarios tienen una distribución bastante uniforme, con excepción de la veintena, lo cual corresponde con la edad en que normalmente se presentan las primeras apariciones de la mayoría de trastornos como la esquizofrenia y la bipolaridad (APA,2013) y siendo que muchos de los pacientes atendidos en esta cohorte presentaban su debut en la enfermedad.

4. Resultados obtenidos por Objetivos Específicos

Este apartado tiene la finalidad de realizar un contraste y un análisis de los objetivos que se plantearon desde el inicio de la práctica y los resultados obtenidos durante el proceso de ésta. Se hace mención a la descripción de actividades que llevaron al cumplimiento de los mismos y aquellas dificultades presentes en el camino de su consecución.

- **Realizar evaluaciones clínicas para determinar trastornos psicológicos en los pacientes, así como, los factores psicosociales vinculados.**

Durante los primeros meses fue frecuente la asistencia a las visitas hospitalarias (41 en total) en presencia del equipo de la unidad; donde se procedía con los ingresos y las entrevistas de evaluación por el médico, además de que se conversaban los criterios del diagnóstico del paciente. Se realizó un trabajo de observación de 163,5 horas, poniendo detallada atención

en el modelo de entrevista de la unidad, la forma y técnicas utilizadas por el equipo de trabajo. Sumado a este trabajo el practicante realizó 8 procesos de evaluación clínica completa donde entrevistó a los pacientes y familiares, suministro y evaluó pruebas psicométricas y elaboró un informe completo de cada uno de los casos evaluados.

Además de esto, se profundizó en la literatura referente a la semiología psicológica y a las diferentes posturas a tomar frente a distintos tipos de pacientes, como aquellos con diversos trastornos de la personalidad o que se mostraban contenidos. Este proceso, fue fructífero ya que permitió formar de manera intensiva una cualidad como es la evaluación clínica, de suma importancia en el quehacer psicológico y relevante para el resto del proceso.

- **Diseñar e implementar intervenciones tanto a nivel individual como grupal con parejas y familiares, según lo requiera la consulta desde un enfoque cognitivo-conductual.**

Como parte de este objetivo, se confeccionó material para el trabajo con diferentes tipos de pacientes, como un protocolo de atención grupal e individual para personas con Trastorno Afectivo Bipolar y un folleto para facilitar la inserción de pacientes crónicos en albergues y casas de cuidados, los cuales, en su totalidad, se pueden encontrar en los anexos de este documento. Además, fue necesario elaborar planes de intervención en crisis para la atención de pacientes dentro de la unidad y diversos planes conductuales para el centro hospitalario. La creación de los dos materiales que se presentan en la sección de anexos dan cuenta del aporte que se brindó a la institución.

Todos estos planeamientos se hicieron bajo la tutela exhaustiva de la supervisora, realizando las necesarias correcciones y adaptándolos de la forma más idónea para cada paciente.

- **Brindar acompañamiento y soporte psicológico a las personas hospitalizadas en la Unidad Psiquiátrica de Agudos.**

El cumplimiento de este objetivo fue el que representó más trabajo, ya que al iniciar la práctica no se contaba con la pericia para realizar evaluaciones psicológicas en el ambiente psiquiátrico, lo cual como se señaló anteriormente es un elemento indispensable para el proceso terapéutico en la clínica. Además de esto, la mayoría de pacientes de la unidad eran de especial cuidado, por sus características que en su mayoría estaban en estados delirantes o totalmente contenidos. Por lo cual en algunos casos era una tarea sumamente laboriosa establecer un dialogo.

Ante estos fueron de suma importancia las horas de observación que corresponden a un 15% del total de la práctica y la literatura al respecto, siendo así para el cumplimiento de este objetivo más importante el proceso de observación antes de la puesta en práctica de las habilidades como la entrevista clínica.

De igual forma, en los últimos meses de la práctica se dio atención constante a todo tipo de pacientes, incluyendo a los 57 pacientes atendidos formalmente en periodos de 3 a 5 horas diarias y a los usuarios del módulo de estructuras residenciales, que sin el proceso de aprendizaje primario no hubiese podido atender.

La cantidad de pacientes promedio de la unidad rondó los 8 pacientes, habiendo 10 camas disponibles, lo cual limitó las intervenciones, pero brindó la posibilidad de atender a un paciente hasta dos ocasiones en un mismo día, profundizar en los casos y comprender un modelo de atención clínico distinto, al cual es imposible acceder dentro del plan de estudios de la carrera.

- **Colaborar con la elaboración de exámenes mentales, protocolos de salud entre otros.**

Para la consecución de este objetivo, fue necesaria la aplicación de más de 200 horas de trabajo, dentro de las que caben la preparación en promedio de un mes en recursos didácticos como libros sobre semiótica (Caponni, 1971, Rojas, 1992), y las practicas realizadas y revisadas por la supervisora. Fue un proceso arduo llegar a realizar documentos clínicos que fuesen sintéticos, técnicos, apropiados y veraces.

Sin embargo, al finalizar la práctica, quedaron registrados aproximadamente 40 documentos elaborados por mi persona, tales como notas, 10 referencias y un documento de intervención Casic. Este objetivo a visión personal se cataloga como el más importante alcanzado durante la práctica ya que permitió adquirir habilidades que son exclusivas del ámbito clínico, y que en la universidad son muy poco abordadas y solo de manera teórica, puesto que no existen los medios como el acceso al expediente digital único.

- **Trabajar en conjunto con profesionales de la misma y otras disciplinas en tareas regulares del Servicio de Psicología Clínica.**

Como se logró observar en los objetivos anteriores, el sustentante se vio implicado en cada una de las tareas propias de un profesional en psicología de la Unidad de Psiquiatría Aguda del Hospital. Además de esto, también se participó en otras tareas fuera de esta, como la confección de materiales para las unidades de trabajo con 379 horas practicante utilizadas para este objetivo, siendo así una experiencia de aprendizaje constante dentro y fuera del hospital, que requirió estar en constante apoyo con otras disciplinas, como Enfermería, Trabajo Social y especialmente la Psiquiatría.

El practicante fue participe de visitas clínicas interdisciplinarias, atenciones clínicas en conjunto con profesionales de trabajo social, enfermería y medicina y gestión de proyectos e promoción de la salud con profesionales de diversas ciencias de la salud.

5. Resultados por sección

El presente proyecto tiene alcances en múltiples direcciones, por ejemplo, el aprendizaje del practicante sobre el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, el aporte a la psicología como ciencia y su posicionamiento, la atención brindada a los usuarios del seguro social y la misma institución, las competencias adquiridas, entre otras.

Por la complejidad que conlleva la comprensión de estos alcances, se ha tomado la decisión de presentarlos en diferentes secciones que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla No. 10

Alcances de la práctica por sección

• Aporte a la institución y al rol de la psicología.	Abarca la formación del sustentante en torno al rol de la psicología en ámbitos hospitalarios, los aportes realizados en la interdisciplinariedad y la contribución para futuras generaciones
• Aporte a la atención de los y las usuarias.	Comprende las principales tareas realizadas en el ámbito clínico por el sustentante y su impacto en la atención de los y las usuarias. Así también la

evolución del practicante en sus competencias clínicas.

- **Competencias Adquiridas** Se muestran las principales habilidades que desarrollo el sustentante durante el transcurso de la práctica.
-

De este modo se procede a desarrollar los principales resultados de la práctica.

A. Aporte a la institución y al rol de la psicología.

Como se observó en la sección de antecedentes las prácticas dirigidas son alternativas poco utilizadas dentro de las opciones a graduación que existen actualmente, pero sin embargo han ido en aumento en los últimos años y es preciso analizar el aporte que estas realizan a la psicología más allá del beneficio de la persona que las realiza.

La presente práctica goza de una mención especial, al ser la primera en su modalidad que se realiza en el hospital psiquiátrico Chacón Paut, no así en el Hospital Manuel Antonio Chapuí (Quesada, 2002, Jara, 2004), situación que genera sorpresa, siendo el lugar ideal para desarrollar la práctica clínica. Sin embargo, en eso mismo radica su aporte, en tanto no va ser caracterizada por ser la última, ya que para el año 2020 se proyecta la realización de otro proyecto en la misma línea en el nosocomio (Monge, 2019).

Es así como este proyecto por si solo abre puertas, genera opciones, visibiliza la psicología y le permite ganar terreno en diferentes ámbitos. Durante los seis meses de duración de ésta, no solo se basó en la adquisición de competencias para el practicante, sino que se generó un

aporte valioso tanto a la ciencia psicológica como a la institución en las áreas que se mencionan a continuación.

a. Psiquiatría

Anteriormente se acotó que se realizó la asistencia a 41 visitas en equipo con psiquiatría en total. Estas visitas fueron dirigidas en su mayoría por el equipo de trabajo conformado por el médico psiquiatra y la psicóloga del servicio.

En éstas, se procedía a pasar a los y las usuarias internadas en el servicio, ya que para realizar su ingreso y entrevista y dar el visto bueno a su internamiento o para dar seguimiento al progreso del cuadro clínico.

En un principio la presencia del sustentante fue como observador, sin embargo, por la buena recepción por parte del médico y la fuerte apropiación del espacio, rápidamente fue un espacio donde el sustentante pudo expresar sus dudas en torno a la atención de los trastornos clínicos, esto propició un enriquecido espacio de discusión en el cual, tanto la supervisora como el médico, brindaron sus conocimientos y al mismo tiempo funcionó para obtener mejores criterios sobre la atención de los usuarios.

Con el tiempo y más capacitado, el sustentante pudo exponer en este espacio sus criterios en torno a la atención de los diferentes casos, en especial aquellos que se encontraba atendiendo en consulta psicológica, dando recomendaciones que fueron bien recibidas por el resto del personal.

b. Enfermería

El acercamiento con el personal de enfermería, ayudó al practicante a comprender la importancia de su rol dentro de la atención clínica en salud mental. Siendo el personal con contacto más directo con el usuario, son aquellos que más información contienen sobre estos.

Fue fundamental mantener un canal de comunicación abierto y contante con el personal de enfermería, en especial con el servicio de asistencia en enfermería, resultando ser estos los ojos de psicología y psiquiatría en todo momento.

con el cual tuvo más comunicación y también dio pie a múltiples ratos agradables.

Aparte de esto con el personal de enfermería también se manejó toda la logística dentro de la unidad, como la recepción y remisión de referencias, acceso a expediente y permisos especiales, entre otros. Por lo cual el intercambio entre ambas disciplinas fue constante y valioso.

c. Trabajo Social

A pesar de que la oficina de Trabajo Social, se encuentra fuera de la UPA, en el servicio de Estructuras Residenciales, del cual se va hablar en el próximo apartado. El trato con la trabajadora social a cargo de la unidad, fue siempre cordial y afectuoso.

Ella asistió a la mayor parte de visitas familiares realizadas en la unidad, fue un soporte valioso para la atención de los pacientes y se hicieron varias discusiones al respecto con ella.

La atención de las familias fue un trabajo en equipo, y al haber tres profesionales dentro de un consultorio con una familia entera, requirió que el equipo funcionara de manera

armoniosa, lo cual fue así permanentemente y contribuyo a generar una alianza en donde las familias se sintieron realmente acompañadas en el proceso.

d. Estructuras de Larga Estancia

El servicio de larga estancia forma parte del pabellón de larga estancia hospital. En éste se encuentran aquellos usuarios y usuarias que llevan viviendo en el hospital décadas, muchos abandonados por sus familias, otras personas en condición de calle. Estas personas llevan tanto tiempo viviendo en el hospital que ya en su mayoría son adultos mayores.

Las estructuras residenciales comprenden un módulo de casitas donde las personas viven lo más similar posible a una casa de habitación de un vecindario común. Tienen su propio cuarto, usan ropa particular, tienen su armario y conviven en la sala y otros espacios.

Este tipo de funcionamiento se debe a la necesidad imperiosa de reubicar a estas personas en albergues fuera del ámbito hospitalario, donde puedan desarrollarse fuera de la institucionalidad psiquiátrica. Por este motivo, este año especialmente se realizó la reubicación de 16 personas durante la estadía del practicante en el hospital, proceso del cual formó parte de manera activa.

Para el correcto funcionamiento de este servicio, se pone en disposición el equipo más interdisciplinario del hospital, con profesionales en trabajo social, nutrición, medicina, terapia ocupacional, enfermería, terapia física y psicología.

El practicante tuvo la oportunidad de participar en cinco reuniones de equipo de larga estancia, donde logró comprender el funcionamiento de la unidad y los alcances de las distintas disciplinas.

El trabajo en esta unidad y la inserción como practicante es una contribución enorme a la psicología en el país; al ser la unidad más global del hospital es donde se puede ver reflejado el rol de la psicología como una ciencia atinente en el trabajo clínico comunitario, siendo parte esencial de la toma de decisiones respecto a la reinserción social de las y los usuarios del servicio.

e. Psicología

Durante todos los años de clases en la universidad se trabaja innumerable cantidad de horas con psicólogos y psicólogas. Los estudiantes se acostumbran a esto y siempre se plantea la dificultad que puede representar en un futuro a la hora de involucrarse en el ambiente laboral, al acoplarse al trabajo con otras ciencias y formas de trabajo diferentes, lo cual exige una fuerte capacidad de resiliencia y adaptación.

Esta dificultad no es incierta, ya que, en la práctica dirigida, a pesar de que el sustentante trabajó todos los días con una psicóloga, el trabajo con los demás profesionales en psicología del hospital fue mínimo. Los profesionales están asignados a unidades diferentes, y rara vez su trabajo se relaciona, ya que no hay interdependencia de las unidades y solo confluyen en las sesiones clínicas que se realizan los días viernes.

Sin embargo y a pesar de esto, el servicio de psicología fue un refugio de convivencia durante el periodo de la práctica. Se asistió a cuatro reuniones del servicio, participando de forma activa, y en una de ellas se hizo la presentación y discusión de un caso clínico.

A pesar de trabajar en unidades diferentes el servicio de psicología funciona como un equipo, lo cual es un factor de aprendizaje para comprender el rol de la psicología en el ámbito hospitalario, no solo con otras disciplinas sino también con la propia.

f. Confección de materiales

Parte esencial de la carrera en psicología es la elaboración de nuevo conocimiento y nuevas formas de acceder al conocimiento, esta es una visión que se desprende desde lo más íntimo del ser universitario.

Por este motivo durante la práctica dirigida existe una orientación a la contribución material creada por el sustentante, en raíz de dejar un aporte a la institución y al saber general. En razón a esto se detallan los insumos confeccionados por el practicante durante su estadía en el hospital:

- ***Programa de Tratamiento Psicológico para Pacientes con Trastorno Bipolar (Anexo 1)***: Consiste en una sistematización en forma de matriz de sesiones del protocolo de atención grupal del trastorno afectivo bipolar elaborado por Isasi (2011) en su libro “Trastorno Bipolar: El enemigo invisible”. Este material está confeccionado de tal forma que su aplicación se pueda realizar tanto de manera individual como grupal, y existen dos versiones, una en la cual cada sesión viene con sus respectivos anexos de actividades, en la cual el profesional puede imprimir sesión por sesión para utilizarla, y otra que, por cuestiones de espacio, es la que se presenta en los anexos de este trabajo, que contiene los anexos agrupados al final.

Su objetivo es brindar un espacio psicoeducativo grupal con el fin terapéutico de: reducir recaídas, mejorar el funcionamiento global, mejorar el estado de ánimo, reducir la ansiedad, mejorar el repertorio de habilidades sociales y aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad. La duración del programa es de 20 sesiones semanales, las cuales como ya

se acotó anteriormente pueden ser llevadas de manera individual o en grupos de 7 a 15 personas.

Este material quedo impreso y digitalizado en el hospital para el uso de los profesionales del mismo, e incluso está en planes de ser publicado para su uso de forma gratuita.

- **Guía para personas de apoyo, de usuarios/as con trastorno mental y del comportamiento (Anexo 2):** Consiste en un folleto de total autoría del sustentante, elaborado con el fin de ser entregado a los albergues y familias solidarias donde se reubicaba a los y las usuarias de estructuras residenciales-Durante la práctica este folleto fue entregado en cuatro albergues donde recibieron a estas personas y contó con el aval de todo el equipo de estructuras residenciales.

Esta guía puede ser utilizada por cualquier persona, es de lenguaje sencillo y con ilustraciones, además de que su lectura no toma más de 10 minutos. El folleto cuenta con 4 capítulos pequeños, cuyos objetivos se detallan a continuación:

Recibiendo a una nueva persona: Se brindan consejos para el primer contacto con la persona y los días venideros, para la inclusión de nuevas personas en su vida y la asimilación del nuevo espacio. Es fundamental para la reinserción social de la persona ya que esta etapa de transición puede generar una fuerte angustia, por lo cual este capítulo está orientado a atenuar cualquier efecto negativo que pueda tener la inserción en un albergue para la persona.

Algunas reglas básicas: Incluye recomendaciones para la vida diaria con la persona, las conductas que esta puede presentar y el trato en general. Tiene como objetivo crear una rutina agradable para la persona, que le sea sencillo seguirla y que le brinde estabilidad, con la meta final de generar un basal positivo.

Como comunicarnos bien: Una de las dificultades más grandes en el trato con personas con trastorno mental y del comportamiento en etapas avanzadas es la forma de comunicarse, ya sea porque hay falencias en la comunicación o porque la comunicación verbal lingüística está ausente del todo, por eso este capítulo tiene como objetivo mostrar al personal de apoyo diferentes formas en las cuales se pueden comunicar los usuarios y como comunicarse con ellos.

Recomendaciones para cambiar respuestas de la persona: Se brindan insumos básicos de modificación conductual, enmarcando está en la premisa básica de que existen conductas que no merecen la pena ser cambiadas, ya que no influyen de manera negativa en la vida de la persona, pero hay ciertas pautas de comportamiento que es necesario disminuir o aumentar y por eso se ofrecen tips para realizar ese procedimiento.

B. Aporte a la atención de los y las usuarias.

Parte fundamental del trabajo realizado, fue el acercamiento a las personas internadas dentro de la unidad. No solo para la formación del suscrito, sino también para colaborar con la recuperación de estas, ser una fuente de apoyo y lograr realizar un aporte desde la psicología a la salud social.

En este Apartado se señalan los principales aportes en torno al ámbito clínico y las actividades realizadas para conseguir el objetivo.

a. Atención clínica

La atención clínica corresponde a uno de los puntos más importantes del presente proyecto. Al ser uno de los ejes principales del trabajo como tal, la adquisición de experticia en la

psicología clínica, atender en sesiones clínicas a pacientes con trastornos mayores fue el insumo práctico más importante. De los 57 pacientes conocidos durante el proceso el practicante atendió en sesiones clínicas formales a 21 de ellos, es decir 36,84% de la población atendida. En la tabla No. 11 a continuación se dan los registros de cada uno de estos.

Tabla No. 11

Datos generales de la población atendida directamente por el practicante

Genero	Edad	Trastorno
Masculino	22	Trastorno Bipolar
Masculino	23	Trastorno de la personalidad dependiente
Masculino	24	Trastorno Orgánico
Masculino	25	Esquizofrenia paranoide
Masculino	29	Esquizofrenia paranoide
Masculino	29	Lesión cerebral
Masculino	26	Esquizofrenia paranoide
Masculino	31	Trastorno de adaptación
Masculino	31	Esquizofrenia Paranoide
Masculino	36	Trastorno de personalidad dependiente
Masculino	37	Esquizofrenia Paranoide
Masculino	42	Adicción a sustancias psicoactivas
Masculino	48	Trastorno de adaptación
Masculino	55	Depresión mayor crónica

Masculino	56	Depresión con síntomas psicóticos
Masculino	71	Accidente cerebrovascular
Femenino	18	Trastorno de personalidad mixto
Femenina	49	Depresión con síntomas psicóticos
Femenino	51	Depresión recurrente
Femenina	61	Depresión Mayor
Femenino	68	Episodio hipomaniaco

Como se puede notar la población que atendió el practicante es heterogénea, tanto en edad como en trastornos, y en su mayoría de género masculino (76,19%). Es necesario aclarar que estos usuarios no fueron atendidos exclusivamente por el sustentante, ya que la unidad funciona como un equipo y los usuarios son atendidos en general por todo el equipo.

Aparte de esto el sustentante estuvo presente en las atenciones de los otros 29 usuarios, ya fuera como coterapeuta o como observador. Sin embargo, en este apartado solo se incluyen aquellos pacientes que fueron atendidos en función de terapeuta.

Cabe destacar que el proceso e atención de cada usuario fue exhaustivo y llevo a cabo toda una logística clínica, que facultó al sustentante en la capacidad de llevar un proceso clínico completamente. Para comprender la complejidad del nivel de atención se detalla a continuación su proceso:

- *Proceso de Interconsulta:* La interconsulta es un documento que entrega el médico psiquiatra, encargado legal del paciente, a los diferentes centros de servicio del

hospital. En este documento el médico detalla el caso, y solicita un servicio en especial, ya sea atención clínica o proceso de evaluación psicométrica.

- *Revisión de expediente:* Antes de atender a los pacientes fue necesario estudiar a fondo su caso, por lo cual se revisó toda la información tanto en expedientes físicos como digitales. En algunos casos este proceso dilató horas por la extensión de los documentos.
- *Discusión del Caso:* Se creó un consenso entre los diferentes profesionales de la salud para orientar los casos. Además, cada profesional realizó diferentes aportes que iba compartiendo con los compañeros a lo largo del proceso de atención clínica, esto permitió que el equipo trabajara al unísono.
- *Atención individual:* Con toda la información obtenida se procedió a la atención clínica del paciente, donde se llevaron a cabo los procesos de evaluación y tratamiento descritos en el capítulo de metodología. En este proceso de atención se plantearon los objetivos que los pacientes tenían para el proceso terapéutico y los objetivos del clínico, se realizó la formulación clínica y se mantuvo una constante evaluación sobre la evolución del paciente.

Cada paciente recibió atención clínica por parte de todo el equipo de trabajo de la UPA, desde sus respectivos puestos, por lo tanto, era muy común que en un día el se viese atendido por el psiquiatra, profesionales de terapia ocupacional, trabajo social y también por el sustentante. Este proceso requirió una gran capacidad de coordinación, ya que posterior a cada atención realizada, se debía informar al resto del equipo de los avances realizados y orientar el proceso terapéutico en armonía con el avance realizado por otros profesionales.

- *Atención familiar:* La atención de la familia del paciente se realizó con dos objetivos básicos: obtener la mayor cantidad de información para el proceso de evaluación, y, facilitar los procesos de integración del paciente para la vida en familia y comunidad, por ejemplo, la adherencia al tratamiento, la detección de pródromos, la convivencia general y la atención de crisis. El proceso de atención familiar fue basado en la psicoeducación y en total se atendieron 24 familias.
- *Preparación para el egreso:* Como parte del proceso, se trabajó con los pacientes sobre sus impresiones respecto a su vida al egreso del hospital. Se abordaron los cambios a realizar para su mejoría, y además se crearon planeamientos de proyecto de vida.
- *Referencia:* Una vez realizado el cierre de un proceso, el sustentante tenía labor de elaborar la referencia con la cual el paciente sería atendido en centros del segundo nivel de atención de la CCSS. Estas referencias incluían un resumen de caso, una pequeña historia de vida, un perfil de entrada del paciente, la descripción del trabajo realizado y las recomendaciones para su seguimiento.
- *Seguimiento:* Con tres pacientes, fue necesario llevar un proceso de seguimiento a su salida del hospital, este proceso fue llevado a cabo vía telefónica, con llamadas semanales o quincenales.

Como se puede notar, el proceso realizado por el sustentante con cada paciente fue realmente exhaustivo y complejo. Esta metodología va mucho más allá de la atención clínica, sino que involucró al practicante en una preparación investigativa que le mantuvo tanto dentro como fuera del hospital preparándose para dar a los pacientes una atención de calidad.

La atención de estos usuarios fue de suma importancia para el practicante, puesto que son casos que no se suelen atender durante el periodo de la academia. De todos los mencionados en la tabla No. 11, el practicante durante su etapa como estudiante, solo tuvo la posibilidad de atender casos relacionados con trastorno de adaptación.

Este hecho deja ver el alcance que tuvo la atención clínica para su formación, haciéndole enfrentarse a situaciones totalmente nuevas y acoplarse a las circunstancias en un ambiente seguro, con la supervisión y el acompañamiento de una profesional capacitada.

Este nivel de atención no solo fue provechoso para el practicante, sino también para las personas atendidas, ya que dichosamente, todo el grueso de la población que el practicante atendió, obtuvo buenos resultados del proceso terapéutico y resultó agradecida con el proceso terapéutico. A continuación, se resaltan los principales alcances que tuvo el mismo:

- Todos los procesos contaron con una dotación de herramientas en técnicas de relajación y respiración para los pacientes.
- Se elaboró un proyecto de salida con los pacientes para instaurar metas a corto y mediano plazo al finalizar la hospitalización.
- Se dio seguimiento por medio de llamadas telefónicas a pacientes que así lo requirieran, los cuales en total fueron 03.
- Los pacientes expresaron su gratitud al terminar el proceso terapéutico.
- Se realizaron 8 informes psicológicos y 10 referencias clínicas de los casos atendidos.
- Se brindó psicoeducación sobre la adherencia al medicamento a todos los pacientes atendidos.

A groso modo la atención clínica permitió moldear en el sustentante, la capacidad para dar contención en crisis (Slaykeau, 1998) a pacientes con trastorno mental mayor, ayudándole a complementar la educación recibida en su etapa de estudiante y además realizando un acercamiento de acción social con la población

b. Visitas clínicas en equipo interdisciplinario

Como ya se mencionó antes, en este mismo capítulo; durante la práctica se realizaron un total de 41 visitas interdisciplinarias, con una duración aproximada de cada una de 03 a 04 horas.

Durante las mismas se procedía a llamar a los pacientes uno por uno al consultorio del médico psiquiatra, donde se realizaba el siguiente procedimiento para la atención de casa paciente:

- *Pre clínica:* Si el paciente era de primer ingreso se leía el expediente completo antes de pasarlo y se comentaban las primeras impresiones del equipo en torno al caso. Si era un paciente ya visto, primeramente, cada miembro del equipo reportaba los avances en su campo de acción, además de las ultimas conductas vistas en su evolución, esto con el fin de preparar la entrevista, se realizaba una discusión y se procedía a ingresar al paciente. En un principio, el papel del practicante en esta fase de la visita, fue solo de observador; pero más adelante cuando se procedió a la atención de pacientes fue un participante activo de las discusiones, donde realizó aportes sobre los pacientes que estaba atendiendo y también encontró en estas una fuente de aprendizaje.
- *Atención clínica:* Esta entrevista era dirigida por el médico psiquiatra, que desde su posición intentaba generar un quiebre en la persona, que permitiera observar su sintomatología durante la misma entrevista. Por ejemplo, a un paciente con

esquizofrenia, intentaba hacerle mostrar sus delirios y los confrontaba para observar la rigidez de sus pensamientos; esto permitía clarificar los criterios diagnósticos. Estas entrevistas por su complejidad y por el nivel de experticia del médico psiquiatra, fueron de gran enseñanza para el sustentante, al poder observar la metodología que usaba el médico para dejar en evidencia la sintomatología, pero al mismo tiempo mantener una alianza bastante fuerte con los pacientes. Por este motivo este trabajo de observación resulto tan valioso y supone un gran recurso para el futuro profesional del sustentante.

- *Valoración:* Al finalizar cada entrevista, se realizaba una discusión sobre lo visto en la misma, comentando sobre los elementos diagnósticos vistos en el paciente y sobre las posibilidades en torno a diversos trastornos. Estos intercambios también fueron aprovechados por el médico y la supervisora para transmitir sus conocimientos al sustentante por medio de pequeñas clases magistrales, y además para que el sustentante evacuará sus dudas.

Las visitas clínicas funcionaron como una antigua escuela griega (Martinez,2009), donde el practicante como un discípulo se nutrió del conocimiento de maestros en la materia. Además, significó un punto de encuentro entre diferentes disciplinas, ya que con normalidad se hallaban en esta, representantes de Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social. Estos espacios fueron aprovechados por el practicante para implantar su rol como psicólogo en el ambiente multidisciplinario, codeándose en igualdad de condiciones con otros profesionales.

c. Exámenes Mentales

Como ya se mencionó en el apartado técnicas y procedimientos, el examen mental es de utilidad a la hora de realizar una evaluación y descripción sintética de un paciente. Durante el proceso de la práctica se hizo un examen mental de cada uno de los usuarios que pasaron por el servicio, lo que representa la suma de 57 exámenes mentales realizados.

Estos exámenes fueron utilizados en informes psicológicos y referencias y se basaron en la semiótica psiquiátrica (Caponni, 1987) y la estructura general de examen mental utilizada en la Caja Costarricense del Seguro Social (Rojas, 1992).

Como forma de mostrar el crecimiento que tuvo el sustentante en este ámbito se presentan a continuación el primer examen mental y el último examen realizado, donde por cuestiones éticas se omitió incluir cualquier dato de la identidad de los usuarios:

Primer examen mental

Usuario de 25 años de edad, habita con dos hermanos y su padre, huérfano de madre, de nivel socioeconómico bajo. Viste con ropa de hospital y con aseo personal bueno. Muestra un afecto eutímico, con tono de voz normal y buena disposición hacia la entrevista. Cursa en estado psicótico, con delirios de daño hacia los demás, los cuales se muestran en forma e ideas sobrevaloradas “los niños del mundo están en peligro, debo protegerlos”. Orientado en las tres esferas, con ideas pueriles y poca consciencia de su estado. La información que remite el usuario es confiable.

Último examen mental:

Masculino de 71 años, aparenta menor edad cronológica, de estatura media, tez blanca, con secreción mucosa evidente en la nariz, viste camisa con diseño de palmeras pequeñas, boina colocada de medio lado y porta gafas oscuras. Presenta temblor en extremidad superior derecha, con movimientos de vista y cabeza en varias direcciones pero intenta mantener contacto visual con el entrevistador; evidente inquietud psicomotriz, (acatisia), aquejando dolor de cadera. Orientado en las tres esferas, hipotenaz, hiper-vigil, normo-búlico. Colabora con la entrevista y hace halagos al suscrito: “usted se ve que es muy inteligente” “usted está en todas”. Usuario inadecuado a nivel de relaciones con terceros, “confianzado”. Con afecto hacia la eutimia, acumula sentimientos de frustración e impotencia, sin I.S sin I.H. Pensamiento tangencial, disgregado, perseverante y pueril. Impresiona presentar hiper-percepción sensorial de tipo orgánico “yo lo veo a usted, pero con este otro ojo veo para allá, estoy en todo lado, todo me entra y no le entiendo”. Lenguaje español, tono de voz alto, de expresión popular y cargado de anacronismos, “estoy en todas bichillo”, “esos viejos si son brutos”, “yo soy un marihuanaso”. Impresiona con afasia de Broca, perseverante con la expresión: “dedo” y es incapaz denominar sustantivos, recurre a señas naturales para favorecer la comunicación., cálculo comprometido, memoria no valorable, juicio debilitado, leve consciencia de enfermedad, información confiable.

Los exámenes presentados no solo demuestran una evolución en la cantidad del contenido, sino también en la calidad de este. Siendo ambos casos conocidos por el sustentante, se puede asegurar que la información presente en el primer examen mental no es en su totalidad confiable, existiendo en este, muchos errores de interpretación y de juicio clínico.

Aun así, la elaboración del primer examen mental requirió de mucha preparación, para poder elaborar la entrevista y recopilar datos en torno a los síntomas del espectro psicótico que presentaba el usuario. Representa un nivel de dificultad muy complejo, que requiere de un juicio clínico certero y desarrollado, el cual fue desarrollado durante la práctica constante durante seis meses.

d. Informes de Evaluación Psicológica

La realización de informes psicológicos fue una de las actividades más exhaustivas realizadas en el servicio. Cada uno de los 08 informes realizados, fue bajo la recolección de distintas fuentes de información como pruebas psicológicas, entrevistas clínicas al usuario, observación conductual, entrevistas a la familia, a la pareja, reuniones con el equipo de trabajo, entre otras.

Para la confección de los mismo se siguió la estructura propuesta por la CCSS que define que el informe psicológico debe presentarse de la siguiente manera:

- Datos de Identificación
- Pruebas Administradas
- Introducción
- Resumen del caso
- Evidencia sobre:

- Pensamiento, procesamiento cognitivo, ideación.
- Afecto
- Control del Estrés
- Inteligencia
- Personalidad

Conclusiones respecto a:

- Síntesis del caso e impresión diagnóstica
- Recomendaciones pertinentes.

De los 8 informes psicológicos realizados por el practicante, se puede encontrar una muestra en el anexo No. 03 incluido en el presente trabajo, de total autoría del sustentante y realizado a petición del servicio de consulta externa del hospital. Los datos incluidos en este anexo se encuentran totalmente bajo anonimato.

e. Atención en consulta externa

Durante la práctica dirigida, se recibieron dos referencias de urgencia para atención en consulta externa, referidas directamente para que las atendiera el sustentante, ya que los profesionales del centro de salud, en conocimiento de que el practicante se encontraba realizando la práctica dirigida, hicieron la solicitud para la atención de estos casos urgentes.

A continuación, se presenta el detalle de ambos casos.

Caso 1

El caso número 01 es el mismo que se presentó en el apartado de exámenes mentales, como el examen mental de egreso. Correspondía a un varón de 71 años de edad, que hace tres años

había sufrido un accidente cerebrovascular, el cual le dejó graves secuelas a nivel motor y en sus funciones ejecutivas.

Fue remitido para una evaluación neuropsicológica, y se planteaba en un principio que lo atendiera la doctora Murillo, jefa del servicio de psicología clínica, pero por encontrarse ésta en periodo de vacaciones, se solicitó que le atendiera el sustentante.

La evaluación se encontró mediada por las condiciones actuales del usuario y las dificultades del mismo a la hora de realizar las tareas de evaluación. Su pensamiento se mantuvo tangencial, rara vez respondió de manera adecuada a las preguntas que se le hacían, y más bien su discurso parecía automatizado, de tal forma que, perseveraba alrededor de los mismos temas y los repetía, mencionando un mismo tópico hasta cinco veces durante la entrevista y ante distintas preguntas, las cuales parecía no comprender.

En el albergue donde habitaba, referían que tenía un patrón de sueño irregular, se levantaba en horas de la madrugada a bañarse y se volvía a acostar. Presentaba irritación cuando no se le complacía con sus expectativas de ser atendido antes que los demás y mostraba problemas de inhibición social.

El usuario tenía un amplio historial de consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, alcohol y marihuana) y problemas en el albergue por sus conductas disruptivas con sus compañeros, ya que estos no se “apuntaban” con él.

Durante la evaluación, no fue posible aplicarle pruebas neuropsicológicas debido a la imposibilidad del usuario para escribir o responder a preguntas básicas. Sin embargo, las alteraciones en sus procesos psicológicos fueron manifiestas durante la entrevista.

Ante este panorama se realizaron las siguientes recomendaciones al servicio de consulta externa, las cuales son tomadas del informe psicológico entregado por el sustentante a este servicio:

- Guiar el proceso psicoterapéutico hacia el manejo de la tolerancia a la frustración y la adherencia a procesos de rehabilitación.
- Realizar procesos de rehabilitación cognitiva que potencien primeramente las áreas de lecto-escritura y las funciones ejecutivas.
- Iniciar procesos en terapia física con la finalidad de reducir las secuelas, especialmente el temblor en la extremidad superior derecha.
- Iniciar procesos en terapia de lenguaje, tanto en expresión como en comprensión.
- Facilitar métodos de compensación, a saber, comunicación por señas (LESCO) u otras técnicas que propicien un mejor funcionamiento del usuario, estrategias alternativas y aumentativas.
- Mantener estricto control con Psiquiatría, debido al perfil neuro-psiquiátrico.

Caso 2

El segundo caso corresponde a un varón de 32 años, referido por el médico psiquiatra de la consulta externa, el cual ya conocía al sustentante por una sesión grupal realizada en el centro diurno del hospital.

El usuario referido, con una sintomatología mixta de corte depresiva, derivada de un trastorno de adaptación por una ruptura amorosa con una antigüedad de 10 meses, procedente de un matrimonio de 15 años, en el cual tuvo una prole de dos hijos.

Se recibe con ideación suicida, aislamiento social, sentimientos de minusvalía y constricción emocional. Refiere “haber perdido el sentido de vivir”, además de esto tenía problemas a nivel del núcleo familiar primario que mostraba preocupación por su situación.

Presentaba conductas de acoso hacia su expareja, la seguía en el colegio nocturno al que asistían, iba a su casa con la excusa de ver a sus hijos, pero era para verla a ella, y tenía conductas de acoso en redes sociales.

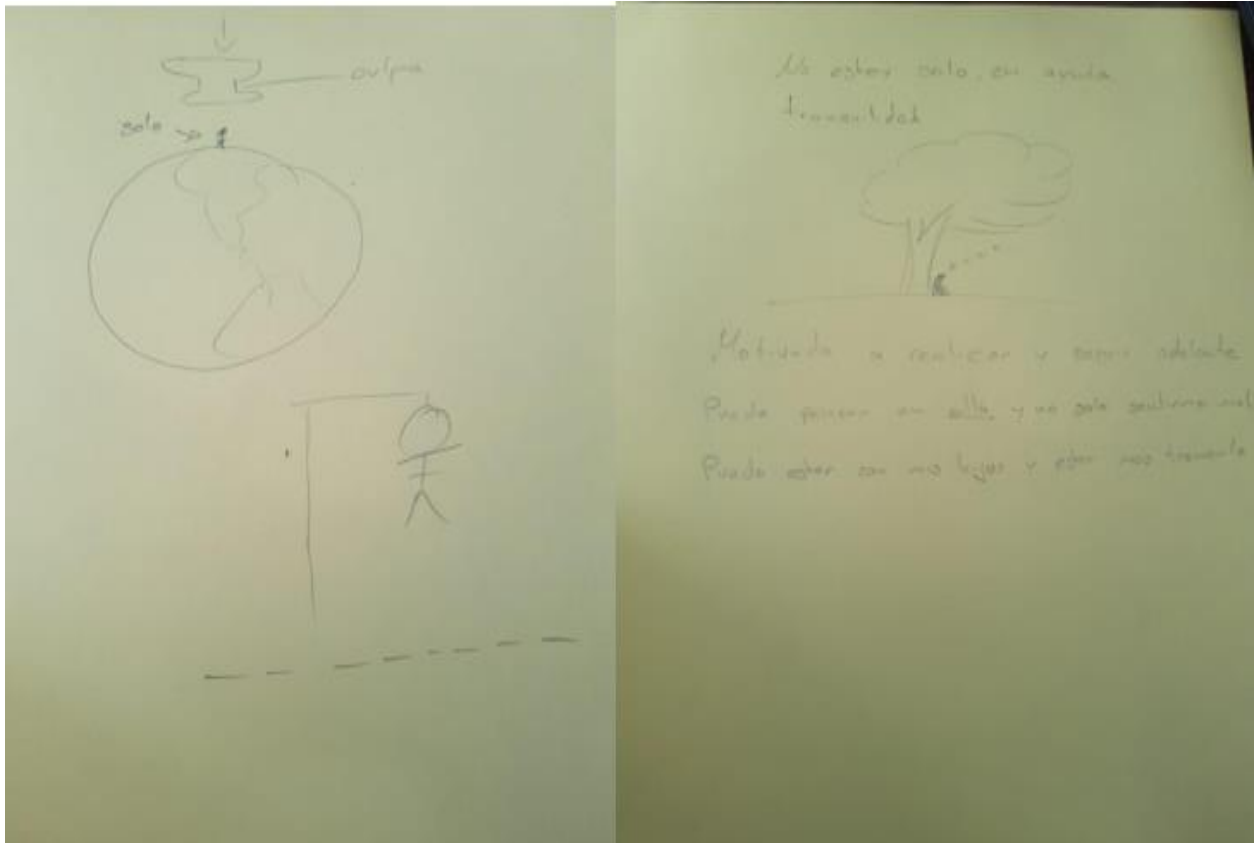
Para el abordaje del caso se siguió un modelo de intervención en crisis CASIC (Slaykeu, 1998) de 8 sesiones, en el cual se trabajó en factores conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales, cognitivos y legales.

Durante el tratamiento, se creó una alianza terapéutica muy positiva con el usuario, logrando un compromiso hacia la misma que derivó en un avance exponencialmente rápido en su sintomatología. Además, se trabajó desde la primera sesión en la integración de cambios conductuales, esencialmente en torno a las conductas de acoso, lo cual generó un avance rápido que incidió en el compromiso del paciente con la terapia.

Al finalizar el proceso terapéutico el paciente mostraba una evolución favorable, su estado anímico era eutímico y habían cesado la mayor parte de sus conductas negativas, aunque durante el proceso surgieron otras como invertir demasiado dinero en “ayudarle” a su expareja con los gastos, con el fin tácito de obtener respuestas positivas de ella. La relación con sus hijos y su familia mejoró notablemente y como factor más importante del proceso, desapareció la constante ideación suicida que presentaba en un inicio.

El usuario refirió que un principio sentía que la culpa de todo era suya, y que solo le quedaba morir, pero que al final del proceso terapéutico se sentía en calma y que iba esperar a que el

duelo pasara de la mejor manera. Esta reflexión fue realizada por el usuario en la última consulta, donde realizó un dibujo para expresar su mejoría, el cual se presenta a continuación:



Una vez realizada la atención en crisis, el paciente fue referido a la consulta externa propia del hospital para continuar con su acompañamiento. Se realizaron las siguientes recomendaciones, tomadas del protocolo CASIC adjunto en el anexo No. 04.

- Dar seguimiento a la expectativa fluctuante de regresar con la expareja.
- Favorecer el autocuidado y protección personal, ya que tienden a suplir las necesidades materiales de la expareja y descuida las propias.
- Reforzar la regulación emocional, en tanto, en ocasiones se decae por situaciones que enfrente con la expareja.

- Acompañamiento al rol paterno, pues está haciendo cambios y anteriormente su estilo de crianza era autoritario. Está tratando de implementar elementos de disciplina positiva, pero tiene dificultades para ello.
- Seguimiento al tema de la interacción social y el ocio productivo.

f. Atenciones no sistematizadas

En todo el proceso se dieron intervenciones informales que no pudieron ser sistematizadas estadísticamente por el sustentante, esto debido a su espontaneidad y duración. A continuación, se describen los dos principales tipos de atención no sistematizada que se dieron durante la practica:

Atenciones en la UPA: Con mucha regularidad, sucedió que el sustentante estado en el consultorio trabajando, debió atender usuarios que llegaban a realizar consultas, o simplemente a hablar coloquialmente con el practicante. A estos usuarios nunca se les negó la atención que solicitaron, pero normalmente estas micro consultas tenían una duración de 5 a 10 minutos, por lo cual no fueron incluidas en la estadística, pero ocurrían de tres a cinco veces por día.

Atenciones a usuarios deambulantes de larga estancia: Este tipo de atención se dio a usuarios del servicio de larga estancia del hospital, que el sustentante se encontraba cuando caminaba por los pasillos del hospital. Con frecuencia la atención en estos casos iba dirigida a resolución de conflictos y crisis emocionales. Fue una labor muy compleja ya que en algunos casos se trataba de pacientes que no tenían instaurada la comunicación verbal, por lo cual la tarea se convertía en un verdadero reto. Estas atenciones se presentaban al menos dos ocasiones por día.

A pesar de no estar sistematizadas estadísticamente, estas intervenciones fueron sumamente edificantes para el sustentante, requiriendo para estas un acercamiento totalmente empático, que le proporcionó un aprendizaje humanístico de primera. Además, explotó los recursos creativos del sustentante, para comunicarse con pacientes con métodos de comunicación primitivos, o tener que ingeniárselas para contener emocionalmente a una paciente que se revolcaba en el suelo llorando sin poder expresar él porqué.

C. Competencias Adquiridas

Hasta el momento durante este trabajo, han quedado implícitas diversas competencias adquiridas por el postulante, en torno al rol de la psicología, la atención clínica, la aplicación de protocolos de salud mental y la creación de nuevos materiales.

Este capítulo está dedicado a la presentación de competencias que fueron adquiridas y que no se han presentado dentro de los resultados anteriores, sin ello desmeritar su aporte en la formación del estudiante, siendo en oposición las más valoradas a nivel personal dentro de todas las adquiridas.

Habilidades administrativas

Una característica del hospital Roberto Chacón Paut, es la ausencia de personal de secretaría en las diferentes unidades. Por este motivo, el personal debe realizar toda la gestión administrativa, como la recepción de referencias e interconsultas, la administración de la correspondencia, la programación de citas, solicitud de recursos, entre otras.

Todas estas tareas fueron realizadas por el sustentante durante el transcurso de la práctica. Esto generó un apropiamiento del practicante en torno al funcionamiento de la unidad, que le permitieron apropiarse de manera óptima a esta, y además relacionarse con los

profesionales de la misma y de otras unidades, incluyendo al personal del pabellón administrativo.

Estas competencias, aunque se escapan del rol clínico, no son ajenas al rol de profesional y dan fe de lo completo que fue el proceso en torno a la adquisición de habilidades, ya que en determinado momento el practicante pudo desempeñarse como si fuera un colaborador más del hospital.

Aplicación de pruebas psicológicas

Este apartado resulta uno de los puntos fuerte de este proyecto. El aprendizaje en la aplicación de pruebas psicométricas es uno de los puntos débiles de la formación de la escuela de psicología, donde los estudiantes egresan con acaso una vaga idea en torno a estas.

En este proceso el sustentante aplicó una batería de pruebas completa a 8 pacientes de la unidad de los cuales realizó su respectivo informe. Así mismo también aplico pruebas a otros usuarios, como colaboración para los informes realizados por su supervisora.

El adquirir conocimiento en la aplicación de estas, diferencia al sustentante de otros profesionales, y además le brinda herramientas para procesos complejos de la práctica clínica como la evaluación clínica y la elaboración de informes psicológicos.

6. Evaluación de la práctica

Como parte de la sistematización de la experiencia, este proyecto contempló este apartado dedicado a la evaluación con el fin de mostrar un análisis objetivo del alcance logrado durante la misma.

El proceso en si tuvo una evaluación cualitativa en todo momento, por medio de las supervisiones con el director y de la constante retroalimentación de la supervisora. Sin

embargo, también es bueno mostrar un resultado por medio de la calificación obtenida por el sustentante durante la práctica, por lo cual estas calificaciones se muestran en el anexo No. 05. Además, se adjuntan a continuación los comentarios que realiza la supervisora en esta calificación:

Primera evaluación, 11 de marzo: *“Estudiante con disposición para el aprendizaje y la formación. Se le recomendó implementar la observación no participante y mantener una postura más contemplativa”*. (Marjorie Moreno, anexo No. 05)

Segunda evaluación, primer trimestre: *“La práctica del estudiante Herrera ha tenido como característica general, el trabajar bajo presión, el realizar varias tareas simultáneamente y responder a labores administrativas y de rehabilitación psicosocial. También ha implicado, el estudio y profundización en diferentes temas y teorías sobre salud mental. Ha participado en dos giras, y una charla para gente externa. También ha asistido a reuniones del equipo de Larga estancia de este nosocomio”*. (Marjorie Moreno, anexo No. 05)

Tercera Evaluación, final de la práctica: *“Debido a que los casos de la U.P.A son referidos de todo el país y no hay control sobre los mismos, se recomienda a este estudiante profundizar de forma autodidáctica en motivos de consulta como: el paciente con ideación suicida, el paciente con trauma complejo.*

Además, reflexionar sobre sus capacidades de comunicación clínica y psicoterapéutica, junto con afinar la formulación de casos de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y psicopatológica”. (Marjorie Moreno, anexo No. 05).

Como se puede notar en los comentarios realizados por la supervisora, el nivel de exigencia de la práctica fue máximo, con un trabajo arduo y multifacético, debiendo responder a múltiples demandas al mismo tiempo y la constante presión de trabajar contra el tiempo.

Dentro de estas observaciones también existe la invitación a la mejora continua, y se resalta en la última entrega que el proceso de la práctica dirigida fue solo el comienzo de todo un proceso de formación en psicología clínica, que el sustentante debe proseguir por medio de los estudios de postgrado.

Por último, acotar que en el anexo No. 05 se puede acceder a la calificación brindada por la supervisora en los siguientes aspectos:

Puntualidad: Llegar al Hospital a la hora indicada.

Presentación personal: Vestir ropa formal y presentarse siempre con gabacha.

Manejo ético de la información por parte del/la estudiante: Registro adecuado, lectura y consulta respetuosa y ética de los datos del usuario y su historia clínica.

Conocimientos generales sobre rehabilitación psicosocial, psicopatología, evaluación y psicoterapia: El estudiante tiene un bagaje amplio sobre modelos teóricos, hipótesis, terminología clínicas y modelos de psicoterapia e intervención psicológica en general.

Adecuada realización del examen mental: El/la estudiante redacta un adecuado examen mental, es decir, coincide lo reportado con lo observado durante la entrevista clínica, empleado la terminología adecuada.

Capacidad para formular hipótesis clínicas: A partir de la información inicial del caso, el/la estudiante es capaz de hipotetizar datos generales sobre la psico-dinamia del caso.

Habilidades de entrevista clínica: Secuencia, pertinencia y suficiencia de los datos recopilados durante la entrevista clínica al usuario/a.

Manejo de técnicas de intervención psicológica: El estudiante es capaz de contener al usuario, hacer reflejo de sentimientos para encausar la intervención y canalizar el afecto del entrevistado, así como, su autocrítica.

Claridad para identificar elementos diagnósticos: A partir de los datos derivados de la entrevista clínica el/la estudiante logra formular una impresión diagnóstica cercana al cuadro clínico en curso y diagnóstico hospitalario.

Conocimiento, manejo, aplicación de test y pruebas psicológicas para evaluación: El estudiante conoce la información general y específica de los diferentes instrumentos de evaluación que se emplean para psico-diagnóstico. Sean de cribado, o mayor profundidad.

Impacto positivo de la intervención: En términos cualitativos y observacionales, el usuario/a experimenta beneficios tras la intervención llevada a cabo por el/la estudiante.

Puntualidad, claridad, pertinencia y suficiencia de los documentos redactados por el estudiante: El/la estudiante presenta el informe de intervención en el tiempo indicado, con una adecuada redacción y secuencia, con la información recopilada, organizada y todos los apartados debidamente claros y puntuales en términos clínicos. Ejemplo: referencias, notas clínicas.

Trabajo en equipo interdisciplinario: El estudiante comprende el rol del profesional en Psicología dentro de los equipos de salud mental y lo ejecuta en correspondencia con su formación.

7. Impacto de la práctica en las personas atendidas y en el rol interdisciplinario

Para el sustentante la evaluación ha sido satisfactoria, tanto por las competencias adquiridas, como por la experiencia en la atención que obtuvo.

Más allá de esto existen una serie de devoluciones cualitativas que señalan el éxito del proceso y las cuales se describen a continuación:

- El agradecimiento de una familia de hermanos y hermanas, agradecidos por una sesión psicoeducativa sobre el trastorno esquizoafectivo padecido por su hermana de 61 años, estos señalaban “tantísimos años sufriendo con esto y nadie nos había explicado que era lo que le pasaba a ella”.
- El agradecimiento de un paciente con trastorno de la personalidad dependiente, el cual logró crear un plan de vida independiente y presentarlo a su familia, solicitando de manera asertiva la aceptación de este.
- La recuperación y seguimiento de una paciente con trastorno depresivo mayor recurrente, con una data de más de 20 años de padecimiento y que después de la salida del hospital continúa en estado de remisión y la paciente sigue preguntando con por el sustentante en sus seguimientos.
- A los seis meses de haber concluido su paso por el hospital, no se dio registro de ningún caso de reingreso de los pacientes atendidos por el sustentante, por lo cual se desprende que existe un porcentaje nulo de recaídas en torno a la atención brindada por el mismo.
- Al finalizar la práctica el servicio realizó una comida de despedida al sustentante por parte del equipo de psicología clínica, agradeciendo su aporte y escuchando sus observaciones. Este hecho da prueba del acercamiento que tuvo el sustentante con el

equipo de psicología en el hospital, esto a pesar de que trabajan en diferentes unidades.

- En la UPA se realizó un desayuno de despedida por parte del personal de la unidad para con el practicante en su última semana en el centro, en el cual el personal se mostró agradecido con el aporte realizado, pero aún más el sustentante por el espacio de crecimiento profesional y por la recepción siempre calurosa que tuvo de las personas que le hicieron sentir parte del equipo de trabajo.

El impacto mayor que logró generar la participación del sustentante en el hospital, fue el posicionamiento de la psicología como una ciencia válida y útil, que construye al bienestar de las personas. Este reconocimiento no fue solo destacado por los pacientes atendidos, también fue expresado por un grupo de profesionales tanto del área de la psicología como de otras áreas, que primero mostraron una recepción positiva para con el estudiante y su trabajo, y finalmente se mostraron satisfechos y agradecidos con el trabajo realizado.

Al haber un 0% de casos reingresados, y muestras de agradecimiento por parte de los pacientes atendidos, que aun a la fecha siguen consultando por el sustentante; se entiende que el servicio brindado fue de calidad y colaboró de manera efectiva en la salud y el bienestar de las personas atendidas.

Se valora un impacto positivo bidireccional, no solo por los resultados terapéuticos obtenidos, sino también por el aprendizaje obtenido por el estudiante y el posicionamiento como un psicólogo respetable en el ámbito hospitalario.

VII. Alcances y Limitaciones

Como en todo proyecto, existen objetivos que se pueden lograr, fortalezas para llevarlos a cabo y limitaciones que dificultan su consecución. En el ejercicio del rol de la psicoterapia, siempre se busca establecer estas variables en torno a los objetivos de la persona consultante, pero es importante también plantearlas en torno a la práctica profesional, tanto para poder evaluar el proceso, como para que sirva de insumo a nuevas generaciones que se planteen dudas y puedan encontrar principios orientadores en el trabajo de otras personas. Por esto se plantean los principales alcances y todas aquellas limitaciones que significaron una dificultad, pero también una oportunidad de crecimiento en este camino.

1. Alcances

- *Cumplimiento de objetivos:* El principal alcance de este proceso, fue el cumplimiento total de los objetivos, pero más allá del objetivo intrínseco de la práctica, el cual era llenar un vacío teórico metodológico en la atención de trastornos mentales mayores. Con este objetivo base de fondo se puede concretar que el sustentante esta hoy día, en capacidad de dar una atención primaria a personas con trastorno mental, una atención brindada por un profesional capacitado y con experiencia teórica y práctica.
- *Involucramiento en el ambiente interdisciplinario:* Codearse con otras disciplinas, y dar una representación valiosa del aporte de la psicología, figura como un alcance que no solo es bueno para la formación del sustentante, sino que crear un aporte para la misma ciencia.
- *Apertura de enlaces:* Como ya se mencionó anteriormente esta práctica es la primera en su tipo realizada en el hospital psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut, por lo cual genera un antecedente para futuros proyectos, que inspirados en el presente puedan

colaborar con la formación de más profesionales capacitados y el crecimiento del rol de la psicología en el ámbito clínico.

- *Formación administrativa:* Un resultado indirecto fue la preparación en cuestiones del ámbito administrativo que se llevaron a cabo durante la estancia en el hospital, que no son pertinentes a la psicología clínica pero que no se escapan de la práctica profesional que debe ejercer el psicólogo, por lo cual son un aporte valioso para una futura inserción en el mercado laboral.
- *Conocimientos técnicos:* Como se mencionó en el apartado de competencias adquiridas un aporte sumamente valioso fue el aprendizaje en la aplicación de pruebas psicométricas, factor que no estaba tomado en cuenta en los objetivos y que debido a la gran cantidad de pruebas suministradas fue uno de los puntos fuertes de la experiencia.
- *Involucramiento en el mundo laboral:* Esta práctica fue una suerte de entrenamiento para una nueva etapa profesional del sustentante, donde realiza una transición de las aulas, hacia el mundo laboral, fungió como un elemento de empoderamiento que le permitió al sustentante.

2. Limitaciones

- *Falta de preparación práctica:* Un factor limitante en el plan de trabajo, fue la poca preparación tanto teórica como práctica del sustentante, producto de la escasa cantidad de módulos clínicos que ofrece la carrera en psicología, sin conocer la nosología de los manuales diagnósticos, ni la semiótica de los trastornos que en ellos se describen, fue un proceso realmente complicado poder empezar a brindar atención. Producto de ello es la alta cantidad de “*horas practicante*” que se consignan en los resultados, ya que se debió

utilizar gran parte del tiempo en los primeros meses en la profundización literaria de la enfermedad mental. Por las manos del practicante pasaron una multiplicidad enorme de libros referentes a la práctica clínica y los trastornos psicológicos, fue necesaria la preparación en semiótica psiquiátrica de más de un mes para poder realizar un examen mental plagado de falencias; más sin embargo estas horas no fueron desperdiciadas, sino que sirvieron de sustento para la preparación de un profesional en psicología capaz, lo cual se demuestra en los avances de los resultados.

- *Permisos de maternidad de la profesional supervisora:* Un elemento que afectó la práctica fue el periodo de lactancia al cual tenía derecho la supervisora autorizada por el CENDEISSS, esto redujo en una hora y media la jornada de trabajo. Además, tuvo que recurrir a varios permisos de licencia para los cuidados hospitalarios del infante por enfermedad.
- A pesar de que es un factor que no se puede controlar, no se puede negar que afectó el proceso de la práctica, y aumento el recuento nuevamente de las “*horas practicante*” con tareas literarias que dejaba la supervisora en ese momento.
- *Huelga del sector salud:* Durante el mes de agosto se produjo una huelga de ocho días en el sector salud; durante este tiempo el hospital se encargó de brindar servicios esenciales y bajo el censo al mínimo, esto afectó el proceso de la práctica, a pesar de que el sustentante asistió al centro médico todos los días, la cantidad de actividades bajo centrándose más que nada en la lectura y el seguimiento de los usuarios que aún estaban internados.

A pesar de las limitaciones durante el transcurso de la práctica, un factor común es el hecho de que todas estas se convirtieron en oportunidades para la mejora continua. Es importante

señalar que la ciencia es un proceso lleno de limitaciones y que estas son las que ayudan a su crecimiento, el mismo proyecto presente nace de una limitación que el practicante encontró en su formación y que fue resuelta mediante el esfuerzo de todo un año en prepararse de la mejor manera para ejercer como profesional. La importancia de plantearse estas es constatar el crecimiento que se obtuvo y los pasos a seguir para continuar con la formación, no son en sí limitaciones sino oportunidades.

VIII. Discusión

Este capítulo, ofrece un análisis de la experiencia y las reflexiones que surgen a partir de esta, así como de los resultados de la misma. Derivado de este tema nacen las recomendaciones que se ofrecen tanto a la casa de estudios como al centro hospitalario que recibió al postulante.

A raíz de esto se abre la discusión sobre los objetivos de la práctica y los temas centrales que se generan, por ejemplo, la atención clínica hospitalaria, la categorización de los trastornos mentales, el aporte del modelo cognitivo conductual, entre otros que se comparten a continuación.

1. La práctica dirigida como proyecto final de graduación

En los antecedentes nacionales de este trabajo, se presentó la evidencia de la práctica dirigida como una tendencia nueva pero creciente en la escuela de psicología. Viéndola como un emergente que puede responder ante las necesidades coyunturales no solo de un estudiantado que puede sentirse sin las herramientas adecuadas para enfrentarse al mundo laboral, sino también de un país que exige profesionales experimentados y capaces de enfrentarse ante situaciones específicas, de carácter especial y atinentes al rango de acción del profesional. Por ejemplo, se esperaría que un psicólogo sea capaz de contener a un paciente en crisis suicida o que pueda mantener una conversación con una persona con un trastorno de personalidad paranoide. Sin embargo, estas son capacidades que la experiencia dicta, no se aprenden en su totalidad en la licenciatura.

Levenson (2018, p.3) señala que existe una falencia en la formación de estudiantes por parte de la psicología y al mismo tiempo “existe una necesidad imperiosa de capacitar a estudiantes

que puedan producir ciencia clínica nueva y mejor; trabajar eficazmente en equipos interdisciplinarios; desarrollar formas de traducir el conocimiento científico existente en tratamientos efectivos y utilizables; diseminar conocimiento” (Levenson, 2018, p.3).

Estas afirmaciones corresponden con la inseguridad planteada anteriormente, en torno a la capacitación del psicólogo en el programa de la licenciatura, y siendo primero que en Costa Rica un profesional en psicología solo ocupa de la licenciatura para emprender la práctica clínica, y segundo, que derivado de esto en la mayoría de los escenarios donde trabaje un psicólogo se esperaría que cuente con las competencias básicas para atender situaciones como las ya citadas. Es necesario que esta formación venga ya sea del programa de la licenciatura en psicología o al menos de otras fuentes pragmáticas.

Situaciones como las anteriormente descritas, son abordadas a medias por el programa de la escuela de psicología (2015) que contempla en su haber solo un módulo de atención en crisis, y es de modalidad optativa.

Por esta razón aquellos estudiantes que tengan interés en desarrollarse en el área clínica, deben tener la opción de encontrar espacios fuera del programa en los cuales formarse en primera instancia. Este espacio lo brinda la práctica dirigida en el ámbito de Psicología Clínica, que como apuntaba Levenson, dirige al estudiante hacia una clínica basada en la experiencia, interdisciplinaria y efectiva, que más allá de los constructos teóricos muestre al estudiante la realidad hospitalaria y sobre todo que sea efectiva.

Aparte de este espacio y como se mencionará más adelante en el trabajo a seguir, la Caja Costarricense del Seguro Social, ha generado espacios de formación, con la implementación de la especialidad en psicología clínica, necesaria para obtener plazas de especialista en

hospitales costarricenses. En este sentido “Mediante el trabajo práctico, la supervisión permanente y la asimilación de conceptos teóricos, el/ la profesional adquiere experiencia en las competencias técnicas que le enriquecen profesionalmente por medio de la atención directa a las personas usuarias” (López, 2013, p.55) formando así profesionales experimentados en la atención directa de usuarios.

Precisamente la misma consigna es la que mantiene el presente proyecto, gozando de cada uno de los puntos que destaca el doctor López Core, en tanto durante el presente proyecto se siguieron los mismos principios orientadores de la especialidad en psicología clínica; y como se ha visto en los diferentes apartados de este documento se caracterizó por una indagación teórica exhaustiva, una atención directa a usuarios y usuarias del hospital y un elemento supervisor en todo momento que permitieron al sustentante recibir esa formación de la cual se sentía faltante y que gracias a esta modalidad de proyecto de graduación cerró el ciclo de la licenciatura con una formación compleja y completa.

2. El problema de la atención clínica

Muy a pesar del gran aporte que la práctica generó al sustentante y a las personas atendidas, dentro de ella se pudieron encontrar graves falencias del sistema de salud pública y mental del país.

Primeramente, el acceso a los servicios en salud mental es limitado, en tanto que está dirigido hacia aquellas personas que cuentan con seguro social pago, sin embargo, muchas de las personas con trastornos psicológicos se caracterizan por encontrarse en una situación de vulnerabilidad por lo cual el acceso al seguro social sería un lujo para ellas. En el periodo de la práctica se dió la experiencia de una usuaria con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y

en situación de irregularidad migratoria, por lo cual ya mantenía una deuda de más de 4 millones de colones del hospital del cual fue referida y esa deuda seguía aumentando mientras se encontraba hospitalizada en el centro médico. A pesar de la mejoría en torno a su trastorno y la alta médica, nace una pregunta en torno a lo que se comprende como el concepto de salud mental y es ¿cómo se puede hablar de salud mental en una persona que egresa del hospital con una deuda millonaria por su atención?

Esta duda es la queja en torno al concepto de salud mental empleado por la OMS y del cual se hace referencia en el capítulo introductorio del presente trabajo, ya que existe una clara disparidad en el acceso a los servicios de salud; Starfield, Gérvas y Mangin (2018, p.90) señalan que las personas de estratos sociales más bajos, no solamente presentan más enfermedad, sino también una mayor comorbilidad, lo que indica una clara necesidad de extender los servicios de salud hacia las poblaciones más afectadas.

Aparte los mismos autores (Starfield, Gérvas y Mangin 2018, p.91) realizan la observación de que las poblaciones rurales y de bajo recursos tienen menos acceso a servicios especializados, lo cual es concordante con la realidad costarricense, donde los únicos dos hospitales del tercer nivel, se encuentran en la capital, dificultando el proceso para que las personas de zonas costeras puedan acceder a servicios especializados en psicología clínica.

Vicente, Saldivia y Pihán (2016, p. 59) señalan que “la pobreza, bajos niveles sociales y logros educacionales disminuidos son posibles consecuencias derivadas de la falta de tratamiento oportuno de algunas enfermedades mentales” aumentando aún más la brecha que existe en el acceso a la salud mental.

Por esta razón, en este trabajo se insta a proyectar un concepto de salud mental que no sea paliativo, es decir, que no espere a la enfermedad en un consultorio, sino en cambio se expanda hacia las comunidades para lograr llegar a todas esas personas que no tienen los medios ni la capacidad para llegar desde una zona alejada del país hasta un consultorio en la capital.

3. Los trastornos mentales y su categorización

En el marco teórico del presente, se realizó un abordaje de los trastornos mentales más frecuentes y aproximaciones básicas en su atención. Para el sustentante fue un requisito indispensable prepararse durante gran parte del tiempo de la práctica en las diferentes clasificaciones de los trastornos mentales, tanto desde la clasificación del CIE 10 como del DSM.

Algunos autores se formulan en contra de este modelo, el cual consideran patologizante, estigmatizante, utilitarista y como un negocio de la industria farmacéutica (Moreno 2015, López y Costa, 2015), alegando que los trastornos psicológicos en si no cuentan con una marcada evidencia y que solo pueden ser descritos como “una entidad que está “dentro” del individuo, aunque nadie haya visto, y que funciona como “causa” del comportamiento a explicar” (Moreno, 2015, p.77). Es decir que se vuelve al principio utilitarista de encontrar una explicación que sea pragmática para un hecho que realmente carece de explicación.

Esta aseveración no deja de tener cierto resquicio de verdad; Lilienfeld et al. (2011, p.526) definen dos elementos principales que dan importancia al diagnóstico en psicología:

- Orientar sobre el problema que sufre la persona.
- Facilitar la comunicación entre profesionales de salud mental.

Esto refleja que el trastorno en primera instancia funciona como un principio orientador, sin embargo, no solo es para la comunicación entre profesionales, sino también para las familias y las personas.

Durante la práctica se pudo observar una enorme necesidad en las personas de obtener una respuesta, familiares preocupados con un hijo o una hija que escuchaba voces violentas o decía ser otra persona. Una práctica clínica responsable no puede simplemente decir a estas personas que no hay ningún problema, que no tienen ninguna enfermedad.

Recientemente un estudio realizado por García-Álvarez et al. (2015) logró encontrar evidencia de biomarcadores sanguíneos en cada uno de los dominios de la esquizofrenia, con alteraciones en sangre que no son correspondientes a un estado normal, y que se repetían invariablemente en pacientes con esquizofrenia. En la misma línea Penades et al. (2014) señalan que existe suficiente evidencia sobre la enfermedad desde estudios genéticos y ecológicos, a nivel periférico, en estudios de inflamación cerebral, a nivel sanguíneo, de sistema nervioso central y de sistema autoinmune.

Esta evidencia no solo se repite en el caso de la esquizofrenia, sino también en el caso del trastorno bipolar (Palacio et al, 2016), en el trastorno de ansiedad (Morera et al. 2019), en la depresión, (Dávila et al, 2016), entre otros.

Hay razón en decir que los trastornos mentales no poseen una explicación fisiológica completa y que su diagnóstico no goza completamente de objetividad, ya que siempre esta mediado por el juicio clínico del profesional y no por eludibles pruebas fisiológicas. Sin embargo, tampoco se puede caer en la trampa de negar su existencia y negar el efecto positivo

que la medicina farmacológica pueda tener sobre su atención, pues esto resultaría en una práctica ideológica peligrosa para las personas que sufren del trastorno.

Si bien históricamente las enfermedades mentales han sido fruto de estigmatización, vergüenza, rechazo social y familiar, entre otras situaciones negativas. La solución que se desprende de este trabajo no es negarlas ni contradecirlas, sino iniciar procesos de psicoeducación y promoción de la salud que visualicen la enfermedad mental en la misma forma en la que se visualiza en una enfermedad común, quitándole el estigma y favoreciendo al pronóstico positivo de la misma.

De esta discusión procede que la enfermedad mental es existente en un plano biológico y que más allá de este, se extiende hacia un plano social, ya que su presencia afecta el comportamiento de la persona. Se entiende la importancia de lograr una explicación y una nosología que si bien no es en principio completa, es pragmática, útil y colabora con la salud de las personas.

Además de esto durante la práctica se logró no solo comprender la nosología de los trastornos psicológicos sino también la semiótica de los mismos, aplicada en informes y exámenes mentales. Este punto es importante ante la subjetividad siempre presente en el diagnóstico clínico, pues el combate de tal forma que el juicio clínico se vuelve cada vez más exacto, logrando describir la enfermedad en todas sus dimensiones.

Esto da tanto confianza a la persona atendida como al profesional, ya que en un terreno que hoy día no termina de investigarse, no está demás contar con todas las herramientas necesarias para dar las explicaciones más certeras posibles.

4. El modelo cognitivo conductual en la práctica clínica

Como es bien sabido, la psicología ha sido caracterizada desde hace mucho como una ciencia multiparadigmática (Caparroz,1978), por ende, la práctica clínica está abierta a muchos diversos enfoques. Como ha quedado plasmado en todo el proyecto, este se ha regido bajo los principios de un modelo cognitivo conductual (Soler y Gascón, 2005).

La elección de este no es azarosa, sino que corresponde a un modelo de eficacia y de reducción del gasto en el cual se busca generar el máximo beneficio para el usuario con el mínimo de gasto (Pérez et al., 2013, p.13), es decir que se elige con la intención de brindar el mejor servicio que una persona pueda tener, confiando en que las técnicas utilizadas van a ser baluarte de excelencia clínica en el entorno hospitalario.

Esto está basado en la aplicación de guías de tratamiento eficaces donde existe una “predominancia absoluta de las técnicas conductuales o cognitivo-conductuales en las guías actualmente existentes” (Pérez et al., 2013, p.31), lo cual presenta el enfoque como aquel que cuenta con un grado de validez y eficacia más al alta en el tratamiento de los trastornos psicológicos.

La formulación que se realiza desde el modelo cognitivo conductual no solo es pertinente en la atención psicoterapéutica, sino en cualquier intervención que requiera desarrollar una hipótesis sobre la causalidad de determinados resultados (Caballo et al., 2008, p3) en tanto su práctica va más allá de la clínica y puede ser utilizada en proyectos de todo tipo.

Estos principios orientadores acompañaron no solo al sustentante durante su periodo de práctica, sino también a los usuarios atendidos, pues como señalan Pérez y Gascón (2005, p. 6) no existe un perfil único de personas que puedan verse beneficiadas por el modelo, sino

que es el nivel de involucramiento en la terapia el que va dar una mejor predicción de resultados positivos.

Las técnicas utilizadas resultaron ser de gran utilidad durante el progreso, sin embargo, cabe aclarar que estas están supeditadas a la experticia de la persona; es decir, una persona podría empaparse por completo de las diferentes técnicas que se utilizan desde el modelo, sin embargo, no podría hacer frente a la atención terapéutica de una enfermedad que desconoce por completo.

Por este motivo la práctica dirigida sirvió para realizar un amarre, entre la teoría en torno al enfoque que se manejaba de previo por el aprendizaje en la academia, con el conocimiento adquirido sobre la psicología clínica y los diferentes trastornos que se atendieron durante la práctica, resultando que la terapia cognitivo conductual era perfectamente aplicable y compatible con la mayoría de modelos sobre la psicopatología y protocolos de atención. Ejemplo de esto fue la integración que se hizo del modelo CASIC (Slaikeu, 1996) con la terapia de aceptación y compromiso (Vargas y Ramírez, 2012) en la atención terapéutica que se describe en el apartado de resultados.

Este último procedimiento culminó en la estabilización en 8 sesiones, de un paciente en completo estado de crisis, con ideaciones suicidas latentes (“solo quiero morirme ya, yo se lo pido a dios todos los días”), con problemas legales, familiares y una distimia permanente. Estos resultados obtenidos por medio de técnicas reestructuración cognitiva, activación conductual y matices de la terapia de aceptación y compromiso.

Otro resultado palpable en la práctica del aporte de la terapia cognitivo conductual, fue la atención de una paciente con una depresión mayor recurrente con una data de más de 20 años,

la cual, por medio de una terapia intensiva de reestructuración cognitiva, remitió totalmente en tres semanas y hasta la presentación de este proyecto no ha presentado una sola recaída, demostrando también la consistencia de la atención brindada desde el modelo.

Estos resultados dan certeza de los aportes que la terapia cognitivo conductual puede brindar en el campo de la clínica y del crecimiento que propició en el sustentante, que tuvo la capacidad de apropiarse de estos para poder aplicarlos en la práctica.

5. Aporte profesional y personal de la práctica dirigida

Uno de los principales objetivos de la práctica clínica es desarrollar las habilidades como terapeuta del practicante, así como en una inserción profesionalizante desde el campo organizacional sería adquirir competencias propias de esa área, como una capacidad para realizar entrevistas adecuadas. Así como lo afirma López (2013 p.55) la practica constante desarrolla habilidades clínicas en el terapeuta que le colaboraran durante su trabajo profesional.

En esta línea se toman en cuenta las habilidades que Marinho, Caballo y Silveira (2003) destacan como fundamentales en el terapeuta cognitivo conductual, y el desarrollo que la práctica género en ellas:

- *Demostrar una actitud de respeto y aceptación:* Es aceptar al usuario como un ser humano distinto y con derecho a tener sus propios sentimientos y su forma de pensar. Se recuerda de forma anecdótica la atención de un usuario con padecimiento de trastorno dependiente de la personalidad, casado y con hijos, pero que dormía en la cama de su madre y era incapaz de desarrollarse en su carrera profesional. El sustentante, caracterizado por un estilo terapéutico enérgico, cayó repetidamente en

el error de confrontar al paciente en su forma de pensar, en dirección a los valores propios del terapeuta. Pronto y gracias a la dirección de la supervisora, se comprendió que el verdadero camino no es el que marca el terapeuta, sino el que el paciente en pos de su crecimiento elige, y que una de las mayores dificultades en la atención de usuarios con trastornos de la personalidad es caer como terapeuta en la dinámica del propio trastorno.

- *Mantener la atención dirigida hacia el paciente:* Se refiere a controlar todas las variables para centrarse en el paciente y darle la atención que se merece. Fue una habilidad muy desarrollada durante las sesiones de visita psiquiátrica, donde al ser la entrevista dirigida por el médico, había que mantener la atención por periodos hasta de dos horas, sin emitir una sola palabra, esto no solo desarrolló esta habilidad, sino la de la escucha y la observación.
- *Empatía:* Comprender los sentimientos y la perspectiva del otro, emitiendo una respuesta acorde en la cual se demuestre un reconocimiento de esos sentimientos y esa perspectiva. Fue necesario en cada una de las intervenciones realizadas durante la práctica, especialmente en aquellas dirigidas hacia trastornos del estado del ánimo, donde el ponerse en el lugar de la otra persona, validar sus sentimientos y transmitirle una sensación de que habrá una mejoría es fundamental, quedan frases como las de una usuaria que dijo “usted es nuevo verdad, es que es muy amable” y otras muchas en agradecimiento a una atención que les demostraba a las personas que sus problemas no eran una “tontera” como les decían la mayoría de personas.
- *Presentar posturas corporales adecuadas:* Para ser un oyente reforzante, el terapeuta debe mostrar su receptividad mientras el paciente habla. Esta fue una complicación

no en torno a la postura de interés del terapeuta, sino en cuestión de que podía ser invasiva o muy fuerte en determinados momentos. Con ayuda de la supervisora se fueron suavizando elementos gestuales y de la voz, para dar atención a pacientes que requerían un trato mayormente reservado, ya que la postura enérgica del sustentante no era en todo momento la más adecuada.

- *Sensibilidad al espacio personal:* Una característica de la práctica fue el espacio físico del consultorio, el cual contaba con un escritorio, pero era amplio, lo cual permitió, recibir asesoría de la supervisora en la forma de ubicarse al atender diferentes perfiles de pacientes, el escritorio funcionó como un limitante terapéutico, pero también como un objeto para el ejercicio de esta habilidad.
- *Apariencia personal:* Es un factor que colabora o empeora el acercamiento con el paciente. Por directriz de la supervisora, una de las variables evaluadas durante la práctica fue la vestimenta, por lo cual el sustentante asistió a trabajar todos los días con ropa formal y gabacha. Esta forma de vestir significó cambios notables; ejemplo es que la mayoría de los pacientes se referían al sustentante como “doctor” y elevaba la confianza en sus intervenciones.
- *Elementos paralingüísticos adecuados:* Fue un principal punto de mejora durante la práctica, primeramente, se aprendió a modular el volumen de la voz, siendo la del sustentante muy fuerte, tuvo que cambiarla para poder atender a mujeres con crisis depresivas. Se trabajó en la latencia de las respuestas, dando minutos de total silencio a pacientes que así lo requerían y respondiendo de manera rápida y asertiva a aquellos que así lo buscaban. Por último un punto esencial fue realizar cambios en el lenguaje,

dirigiéndolo hacia el uso de expresiones más profesionales sin perder la autenticidad del terapeuta.

- *Reflejar sentimientos:* Es responder al sentimiento del paciente y no a sus palabras. Es plantearse como un ser humano en frente del paciente, que esta para ayudarlo pero que siente su dolor. Para el sustentante no fue un error, ni una cuestión a evitar decirle a pacientes “me angustia mucho lo que usted me está comentando” o reflejar otros sentimientos personales, que no solo le demostraban a la persona un involucramiento real en su problemática, sino también la capacidad del terapeuta de comprender la situación.
- *Demostrar comprensión del contexto:* Demostrar que se entienden las circunstancias contextuales del problema de la persona es fundamental, no solo para entender si el problema está derivado por problemas familiares, laborales, habitacionales, por cuestiones étnicas o de grupos de pares, sino también para demostrar al paciente que el terapeuta está realmente capacitado para entender su problema. Otro factor es que esto le permitirá al terapeuta tener un mayor rango de acción, ya que hablar de temas que le son familiares al paciente como la música, los libros, los videojuegos, las películas, los deportes, entre otros; le permitirá poder adentrarse en otros temas más vinculantes con la terapia por medio de estos.

El tema del desarrollo de estas competencias es de gran relevancia “no sólo a nivel académico, para obtener datos que ofrezcan contenido a los programas de entrenamiento de terapeutas, sino también para mejorar la eficiencia del terapeuta en los diversos contextos en que actúa la psicología clínica (Marinho et al., 2003, p. 158).

Por este motivo, el crecimiento profesional que tuvo el sustentante es un conocimiento que le va acompañar en su carrera profesional y en su vida personal, pero también en un futuro en que pueda transmitir estas habilidades a otras personas.

Por último, un factor de crecimiento personal increíble, fue compartir por seis meses el consultorio con la supervisora. La convivencia diaria y el trabajo en conjunto fueron caldo de cultivo para el aprendizaje constante del sustentante.

La supervisora en todo momento se comprometió totalmente con su labor, y aunque en muchas ocasiones sometió al sustentante a un trabajo bajo presión estresante, esto sirvió para cumplir con las expectativas y adquirir más habilidades de las que se plantearon en un principio.

El trabajo con ésta no solo sirvió para crecer profesionalmente, sino también como una persona ética, recibiendo el ejemplo de un trabajo arduo y comprometido, responsable con su labor y con la psicología, y la necesidad de contar con una formación constante por medio de capacitaciones para realizar mejor la labor.

IX. Conclusiones y Recomendaciones

El trabajo en el hospital Dr. Roberto Chacón Paut, fue el cierre de una experiencia de vida llena de aprendizaje, por su intensidad y el compromiso que requirió, se puede catalogar como la culminación y la demostración de que un profesional capacitado va egresar como licenciado de la Universidad de Costa Rica.

Este cierre, permitió adentrarse en una especialidad de la psicología que es intrínseca a su aprendizaje, y lo que se esperaría de cualquier psicólogo o psicóloga, pero que en la realidad no se presenta de esta forma.

Si el sustentante, hubiera tomado otro camino para culminar su licenciatura, es un hecho seguro que hoy día no tendría la capacidad para reconocer un síntoma de primer orden de la esquizofrenia, o no sería capaz de atender una crisis con riesgo suicida, no tendría la capacidad de aplicar una prueba psicométrica, entre otras competencias que se adquirieron en esta práctica; pero si estaría según la legislación costarricense autorizado a realizar estos procedimientos.

Este hecho genera un punto de discusión muy fuerte sobre el camino que debe tomar la psicología en su formación y en su dirección de atención, siendo que, en otros países como Estados Unidos de Norte América, solo se permite realizar la atención a estudiantes con postgrado o especialidad (Levenson, 2018, p.15). Comprendiendo que la realidad y la necesidad del país está muy lejos de este punto, podría empezarse una discusión en torno a los énfasis a nivel de licenciatura, que al menos certifiquen que los profesionales cuenten con un grado mínimo de conocimientos para ejercer la clínica.

Este trabajo, es un garante de que el sustentante, cuenta con esos conocimientos, sin embargo, no es un fundamento para conformarse, sino que sirve como punta de lanza para continuar una formación que le permita especializarse en el campo clínico, significando este el primer paso en esa meta.

Recomendaciones

Producto del trabajo realizado, se desprenden una serie de recomendaciones en múltiples direcciones, estas no deben ser vistas como una señalización de defectos o limitaciones, sino como una oportunidad de emprender nuevos proyectos y propiciar un crecimiento de la psicología a nivel nacional, por esto se plantean los principales pasos a seguir según lo discutido en este proyecto para las diferentes instancias.

A. El sustentante

- La continuación en su preparación académica y práctica, asistiendo a diferentes medios de formación como cursos, coloquios, centros y lo más importante el ingreso a un medio de educación superior como la especialidad en psicología clínica del CENDEISSS, que le permita formarse apropiadamente para brindar una atención de calidad a las personas y colaborar con la ciencia.
- La elaboración de material científico por medio de artículos académicos que describan la experiencia, que puedan ser publicados y utilizados como referencia en próximos trabajos, cumpliendo así con la premisa de divulgar el conocimiento científico y aportar para las nuevas generaciones.

B. El centro hospitalario

- A raíz de la experiencia y por la certeza de que llegara a repetirse con nuevos estudiantes que tengan el mismo o similares objetivos al de este sustentante. Existe la oportunidad de realizar un protocolo de práctica dirigida para estudiantes, el cual le permita al estudiante rotar por distintos servicios del hospital con la posibilidad de conocer más a fondo el funcionamiento de otras unidades. Además, elaborar un plan bibliográfico que sirva de preparación a los estudiantes antes de ingresar a realizar las prácticas, agilizando y mejorando la experiencia.
- Iniciar el proceso de apertura de un pabellón de servicio ambulatorio o de emergencias, para permitir el ingreso a los servicios de estancia media, solo a los usuarios que estrictamente así lo requieran. Esto funcionaría para dar una atención más ágil a los casos de estancia corta y más focalizada a aquellos que necesiten un proceso de internamiento más prolongado.
- Establecer vías de comunicación directa con los servicios de psiquiatría de hospitales rurales, aumentando la captación de usuarios y usuarias que como se conversó en la discusión, se teme estén perdiendo los accesos a la atención especializada.

C. La escuela de psicología

- Realizar un protocolo a seguir para los requisitos de práctica clínica y solicitud de campos clínicos. En la presente, fue un proceso engorroso, complicado y lleno de desinformación en todas las partes, que resulto en la frustración y el casi abandono del proceso.

- Establecer convenios con instituciones públicas y privadas, para ofrecer a los y las estudiantes un catálogo de opciones disponibles para realizar sus prácticas, en las cuales ya exista un compromiso y un planeamiento a ejecutar que permita ganancias tanto a las instituciones como a la universidad. De esta forma la escuela ampliaría su margen en la educación de sus profesionales, brindándoles espacios para el trabajo hacia la comunidad y su crecimiento personal.
- Realizar una transición de un modelo de módulos optativos, hacia un modelo de especializaciones o énfasis, en el cual los y las estudiante puedan elegir a partir del tercer año, entre diferentes planes de estudio a elegir según sea su interés, llámese énfasis en psicología clínica, en psicología de las organizaciones, en psicología comunitaria, entre otras. Logrando así que los estudiantes egresen con una certificación y preparación real en el área en que buscan desarrollarse profesionalmente.
- Reforzar la implementación de modelos psicológicos basados en la evidencia. Como señalan Perez et al. (2013), es necesario que los enfoques terapéuticos se basen en prácticas de trabajo que hayan demostrado su validez y su eficacia, en tanto que los nuevos modelos de atención clínica basados en la financiación por medio de aseguradoras, exigen que los procesos terapéuticos logren el mejor resultado posible en la menor cantidad de tiempo. En el caso concreto de la CCSS, las consultas externas son mensuales, por lo cual hay que asegurarse de formar profesionales que puedan explotar al máximo sus capacidades para lograr en esa consulta mensual el mayor beneficio para la persona atendida.

D. Colegio de profesionales en psicología

- Legislar sobre la práctica de profesionales egresados de la academia sin título de licenciatura, para que estos y sus supervisores cuenten con un amparo jurídico en la atención brindada. La situación hasta el momento es incierta, y los profesionales no encuentran como proceder, por lo cual de inmediata urgencia establecer las pautas de seguimiento sobre las practicas profesionalizantes.

X. Referencias

- Adís, G. (2009). La psicología clínica en los servicios médico-asistenciales de la C.C.S.S. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 5(1), 37-45.
- Aguado, H., Gálvez, E. & Silberman, R. (2003). Estrategias de evaluación cognitivo conductual de la fobia social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 1, 29-45.
- Amarante, P. (2013) *Salud mental y atención psicosocial*. Brasil: Fiocruz.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, I. y Reid, I. (2004). *Fundamentals of clinical psychopharmacology*. London: Taylor & Francis
- Anstey, E. (1999). Test de Dominós. Madrid: TEA Ediciones.
- Ardilla, A. y Roselli, M. (2007) *Neuropsicología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Bados, A., García, E. (2014) *Resolución de Problemas*. España: Universitat de Barcelona.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual (Fifth Ed.)*. New York: The Guildford Press.
- Beck, A. & Rector, N. (2005) Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol.*, 1, 576-606

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010) *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. y Clark, D. (2010) *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: The Guilford Press.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008) *Manual de psicopatología*. España: McGraw Hill.
- Bernardo, M., Cañas, F., Herrera, B. y García, M. (2017) La adherencia predice la remisión sintomática y psicosocial en esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes en la comunidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10, (3), 149-159.
- Buela, G., Caballo, C. & Sierra, C. (1997). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Volumen 1)*. España: Siglo XXI
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Volumen 2)*. España: Siglo XXI
- Caballo, V. (2006) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. España: Ediciones Pirámide.
- Cabrejos, C., Salirrosas, C., Córdova, R. y Paima, R. (2011) Cenestesia y esquizofrenia cenestopática. *Revista de Neuropsiquiatría*, 74, (4), 305-310.

- Cabreras, Y. y Lopez, E. (2007). Psicodiagnóstico una mirada histórica. *Medisur*, 5, (3), 85-91.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2006-2018) Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut. San Jose: Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=10>
- Caparros, A. (1979) Introducción histórica a la psicología contemporánea: La psicología, ciencia multiparadigmática. Barcelona: Ediciones Rol.
- Caponni, R. (2013). Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Chile: Editorial Universitaria.
- Castellón, A., Gómez, M. & Martos, A. (2004). Alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer. *SEMERGEN*, 31, (11), 67-71
- Cattell, R., (1995) Cuestionario factorial de personalidad. España: TEA Ediciones.
- CCSS (2009) *Organización del Informe Psicológico*. Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Cerezo, S. & Hurtado, C. (2012) Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3, (2), 49-59
- Comisión de Trabajos Finales de Graduación (2017) *Guía para la presentación de Anteproyectos Trabajos Finales de Graduación*. Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica: Costa Rica.
- Cordero, K (2013) Terapia Cognitivo Conductual y su eficacia en el trastorno de ideas delirantes de tipo somático. A propósito de un caso. (*Tesis de Grado*). Universidad de Costa Rica: Costa Rica.

Crespo, B., Bernardo, M., Argimon, J., Arrojo, M., Bravo, M., Cabrera, A., Carretero, J., Franco, M., Garcia, P., Haro, J., Olivares, J., Penades, R., Del Pino, J., Sanjuan, J. y Arango, C. (2017) Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: Proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10, 4-20.

Cullari, S. (2001) *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson

Davila, A., Gonzales, R., Liangxiao, M. y Xin, N. (2016). Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Revista internacional de acupuntura*, 10, (1), 9-15.

El Mundo (2019) En 2018, fueron registrados 2082 casos de depresión en Costa Rica. Costa Rica: El Mundo.

Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. España: Grupo Planeta.

Franco, J. (2007) Enfermedad cerebro-vascular y depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1, 92-100.

Gallardo, R. (2017). Inserción profesional desde la Psicología Clínica, en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Garay, C., Korman, G. & Keegan, E. (2008) Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, 61-72

García, J., Ahunca, L., Bohórquez, A., Gómez, C., Jaramillo, L. y Palacio, C. (2015). Tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas en la fase aguda y de

- mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44, 90-100.
- García, L., Gomar, J., García, M. y Bobes, J. (2019) Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. *Adicciones*, 31, (2), 89-94.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012) La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175.
- Gavino, A. (1997) *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gaviria, A., Queralt, G., Martínez, M., Novillo, L. y Salcedo, N. (2017). Alteraciones neurocognitivas en la esquizofrenia: Análisis factorial. *Med U.P.B*, 36, (2), 123-132.
- Gill, D., Bengochea, R., Arrieta, M., Fernández, M., Álvarez, A., Sánchez, R., Prat, R. y Arce, A. (2009). Validez del factor cognitivo de la PANSS como medida del rendimiento cognitivo en esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, (4), 60-68.
- Giusti, G. (2017) Inserción profesional en la Clínica de Adolescentes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia desde la Psicología Clínica y de la Salud. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- González, H., Santamaría, P. y Fernández, P. (2010). Predicción predictiva del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en el contexto médico legal. *EduPsykhé*, 9, (1), 2-22.

- Hatcher, R. (2014) The internship imbalance in professional Psychology: Current status and future prospects. *Rev. Clin. Psychol.*, 10, 53-83.
- Heredia, M., Santaella, G. y Somarriba, L. (2012) Interpretación del test gestáltico visomotor de Bender: Sistema de puntuación de Koppitz. México: UNAM
- Hernandez, P. y Hernandez, G. (2013) *Cuestionario clínico de personalidad para jóvenes y adultos*. Madrid: TEA ediciones.
- Hyman, S. (2010) The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 6, 155-179.
- Ibañez, J. (2008) La entrevista cognitiva: Una revisión teórica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8, 129-159.
- IESM-OMS. (2008). *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/informe.pdf>
- Leahy, R. (2018) *Técnicas de terapia cognitivas*. Buenos Aires: AKADIA Editorial.
- Lemos, S., Fonseca, E. Paino, M. y Vallina, O. (2015) *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Levenson, R. (2017) Clinical psychology training: Accreditation and beyond. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 13, (1), 1-22.
- López Core, R. (2009). Programa de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica. Universidad de Costa Rica (Sistema de Estudios de Posgrado de la Escuela de Medicina) / Caja Costarricense de Seguro Social/ Centro de Desarrollo Estratégico e

Investigación en Salud y Seguridad Social, aprobado por el Consejo Nacional de Rectores de Costa Rica. Recuperado de http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/documentos/Programas/Psicol_Clin.pdf

López, R. (2013) Desarrollo de la especialidad en psicología clínica en Costa Rica: perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología*, 32, (1), 43-60.

Ludy, B. (2005) A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future). *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 1, 1-30

Mancilla, B. (2012) Manual para elaborar informes psicológicos. *Facultad de Psicología UNAM*, 1, 7-65.

Marinho, L., Caballo, V. y Silveira, J. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, (1), 135-161.

Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. España: DESCLÉE DE BROUWER

Martínez, C., (2009) *El diálogo socrático en la psicoterapia centrada en el sentido*. Colombia: Ediciones Aquí y Ahora.

Mata, C. (2015) Inserción profesional de la psicología en el ambiente gerontológico y la práctica clínica con la población adulta mayor en la Asociación Hogar Carlos María Ulloa. . (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

McFall, R. (2006). Doctoral training in clinical psychology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 21-49.

- Meron, A. (2019) Normal versus pathological mood: Implications for diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 179-205
- Miller, H. (2005) The miller-forensic assessment of symptoms test (m-fast). *CRIMINAL JUSTICE AND BEHAVIOR, 32*, (6), 591-611.
- Ministerio de Salud (2012) *Política nacional de salud mental 2012-2021*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Montorio, I., & Izal, M. (2001) La eficacia de la gerontología conductual. *Rev Esp Geriatr Gerontol, 36*, (4), 183-186.
- Mora, M. (2017). Práctica dirigida en la Clínica de Adolescentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Moreno, J. (2014) Los problemas psicológicos no son enfermedades. *Papeles del Psicólogo, 36*, (1), 77-80.
- Morera, L., Tempesti, T., Perez, E. y Medrano, L. (2019). Biomarcadores en la medición del estrés: Una revisión sistemática. *Ansiedad y estrés, 25*, 49-48.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). ¿Qué es la salud? En V. Morrison & P. Bennett, *Psicología de la Salud* (3-36). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Mueser, K. Deavers, F., Penn, D. & Cassisi, E. (2013). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* , 9, 65-97

- Murphy, L. & Frank, C. (1979) Prevention: The clinical psychologist. *Ann. Rev. Psychol.*, 30, 173-207
- Navas, J. (1984) La evaluación diagnóstica desde el punto de vista de la terapia racional-emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16, (2), 277-290.
- Olivares, J. y Méndez, F. (2010) *Técnicas de modificación de conducta*. España: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Maciá, D., Alcázar, A. y Olivares, P. (2014) *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- OMS (2004) *Promoción de la Salud Mental*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2018) *Depresión*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, L. (2013). La inserción y rol del psicólogo en el ambiente hospitalario: Aproximación a las necesidades de la práctica clínica psicológica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Ortiz, J. (2014). Inserción profesional de la psicología en el ambiente hospitalario y la práctica clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Othmer, E. y Othmer, S. (2003) La entrevista clínica: Fundamentos básicos. España: Masson.
- Ovidio, C., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016) Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 39, (3), 166-173
- Palacio, J., Guzmán, S., Vargas, C., Diaz, A. y Lopez, C. (2016). Comparación de biomarcadores inflamatorios en pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I y sujetos controles. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, (1), 8-13.
- Penades, R., García, C., Bioque, M., González, A., Cabrera, B., Mezquida, G. y Bernardo, M. (2015) Búsqueda de nuevos biomarcadores de la cognición en esquizofrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2, 196-203.
- Pérez Álvarez; J.R. Fernández Hermida; C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vásquez (2013). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. y Pozzi, R. (2011) El Psicodiagnóstico como proceso de investigación. Reflexiones epistemo-metodológicas. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 8, (2), 108-112.
- Perona, S., y Galán, A. (2001) Estrategias de afrontamiento en psicóticos: Conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12, 2, 145-178.
- Redondo, D. (2013) Rol del profesional de psicología en la atención primaria en salud. *Wimb- lu*, 8, (1), 61-80

Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brouwer.

Ríos, J. y Escudero, C. (2017) Características neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del trastorno afectivo bipolar. *Khatarsis*, 24, 239-268.

Rodríguez, I. (2016) *Hospital Nacional Psiquiátrico elimina sistema de asilo para pacientes*. Periódico La Nación. Recuperado de: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/hospital-nacional-psiquiatrico-elimina-sistema-de-asilo-para-pacientes>

Rodríguez-Marín, J. (1998) Psicología clínica y de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 69, s.p.

Rojas, Z. (1992) *El examen psiquiátrico del paciente*. CENDEISS: Costa Rica

Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas. En Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. *Manual de Técnicas de intervención cognitivo-Conductuales* (2da. Ed.) (411-466). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Salazar, K. (2015). Promoción de prácticas de salud y autocuidado en personas cuidadoras primarias de pacientes adultos con adultos con cáncer en fase terminal que asisten a la fundación Pro-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Salazar, M. (2015) Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al departamento de Psico-Oncología y Hemato-Oncología del Hospital México. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Santacreu, J. (1991) Psicología clínica y de la salud: Marcos teóricos y modelos. *Revista Psicología de la Salud*, 3, 3-20
- Santamaría Montalvillo, J.L. (2004). *Rol del Psicólogo en gerontología: El psicólogo en el proceso de envejecimiento. Vejez y calidad de vida*. Documento elaborado por el COP de Bizkaia
- Sanz, J. (2007) Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del inventario clínico multiaxial de millon-ii (mcmi-ii) con fines diagnósticos. *Clinica y Salud*, 18, (3), 287-304.
- Sarraís, F. (2016) *Psicopatología*. España: EUNSA.
- Seelbach, G. (2012) *Bases biológicas de la conducta*. Mexico: Red Tercer Milenio.
- Silva, M. y Restrepo, D. (2017) Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2-8.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México, D.F.: El.
- Soler, P. y Gascón, J. (2005) *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. España: Ars Medica.
- Tejón, O. y Gutiérrez, G. (2015) Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira. *Revista de Casos Clínicos en Salud Menta*, 1, 101-116.

- Villalobos, A., León, G. & Araya, C. (2004) Análisis de la conducta en Costa Rica y Guatemala: Presente y futuro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24, 37-45
- Wakefield, J. (2016) Diagnostic issues and controversies in dsm-5: Return of the false positives problem. *Annual Review Clinical of Psychology*, 12, 105-132
- Wimberg, M. y Vilalta, R. (2008) Evaluación de trastornos de personalidad mediante el inventario clínico multiaxial (mcmi-ii) en una muestra forense. *Psicothema*, 21, (4), 610-614.

XI. Anexos

Anexo 1. Programa de Tratamiento Psicológico para Pacientes con Trastorno Bipolar

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. ROBERTO
CHACÓN PAUT
UNIDAD DE PSIQUIATRÍA AGUDA, (U.P.A)**

**PRACTICA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN,
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Programa de Tratamiento Psicológico para Pacientes con
Trastorno Bipolar**

Sistematizado por:

Iván Gabriel Herrera Durán

Con base en:

Trastorno Bipolar: El enemigo invisible.
Ana González Isasi (2011)

Junio del 2019

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento sistematiza los aportes de la autora González Isasi, respecto a una propuesta de atención grupal para personas portadores del trastorno afectivo bipolar, con base en recursos terapéuticos de corte cognitivo conductual.

En el marco de la práctica dirigida, que el suscrito desempeña en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, se procedió a sintetizar el texto original, con el fin de proporcionar un insumo al servicio para generar espacios de atención grupal, con sesiones estructuras de trabajo y divididas por temas.

Veinte sesiones conforman la propuesta de atención grupal, dicha programación se acompaña de los materiales respectivos, que facilitarán al clínico la rápida aplicación de los temas.

Sobre el trastorno en cuestión, “El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios maníacos o mixtos (tipo I) o la alternancia de episodios depresivos e hipomaníacos (tipo II)” (Farré & Fullana, 2005, p.99). Al ser un trastorno tan fluctuante, significa un gran reto para las personas acoplarse a este y debido a su inestabilidad.

Además de esto los episodios ya sean maníacos o hipomaniacos, también suelen variar en torno a su intensidad y presentación, viéndose muchas veces como un estado en que la persona se siente muy bien consigo misma y tiene una sensación de mantener todo en su vida bajo control; sin embargo, estos estados normalmente significan el inicio de una crisis, que llega a desembocar en un estado de irritabilidad y de grandes consecuencias psicosociales para la persona.

Farré y Fullana (2005) plantean que la atención desde el enfoque cognitivo-conductual debe ir dirigida hacia la adherencia del tratamiento, la psicoeducación, la detección de pródromos y la reestructuración de las cogniciones que tiene la persona respecto a su enfermedad.

Estos temas son los que a través de 20 sesiones González (2011) plantea en su plan de tratamiento grupal, y que se abarcan de manera sintética en este protocolo, donde se presenta un marco basado en la psicoeducación, las técnicas propias del enfoque cognitivo conductual y el entrenamiento en habilidades para lograr llegar a estos objetivos.

RESUMEN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

OBJETIVO DEL PROGRAMA	<p>Brindar un espacio psicoeducativo grupal con el fin terapéutico de:</p> <p>Reducir recaídas.</p> <p>Mejorar el funcionamiento global</p> <p>Mejorar el estado de ánimo, reducir la ansiedad y mejorar el repertorio de habilidades sociales.</p> <p>Aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad.</p>
PARTICIPANTES	<p>El número de participantes puede oscilar entre 7 y 13 personas. Pero además se puede adaptar el programa para su uso individual, utilizando las técnicas de las sesiones de forma sistemática o aislada.</p>
SESIONES	<p>La presente sistematización muestra 20 sesiones.</p>
METODOLOGÍA SUGERIDA	<p>El programa está diseñado para su utilización en grupos, sin embargo se puede modificar para ser utilizado de manera individual o inclusive pueden tomarse partes del mismo para crear un plan de psicoeducación a familiares.</p>

ÍNDICE DE SESIONES

Sesión 1	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de taller y sus objetivos, establecimiento en conjunto de Normas. Introducción al Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none">- Explicación profundizada del TAB en clase participativa.- Abordaje de la interconexión entre Pensamiento, estado de ánimo, conducta y sensaciones fisiológicas
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none">- Se explican las bases biológicas del TAB y su evolución. Se abordan los mitos acerca del trastorno.- Explicación de la ansiedad y el impacto que tiene sobre la realización de actividades diarias.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none">- Abordaje de la hipomanía y la manía, como diferenciarlas y conocer los pródromos.- Planificación de Actividades Agradables- Relajación por medio de ejercicios de relajación y distracción- Entrenamiento en Habilidades sociales, conceptos básicos.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none">- Abordaje de la depresión y el suicidio, conocer los síntomas principales de la depresión.- Análisis de la relación entre pensamiento y estado de ánimo.- Comunicación asertiva y resolución de conflictos.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none">- Repaso general de la Bipolaridad 1, Bipolaridad 2 y la ciclotimia.- Introducción a las distorsiones del pensamiento.- Repaso de la respiración diafragmática.
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de la farmacoterapia con énfasis en los estabilizadores del humor.- Implementación de hábitos de vida saludables y regulación del estrés.
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de los medicamentos reguladores de la manía.- Explicación de la Reestructuración Cognitiva.

	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación asertiva no verbal.
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los medicamentos anti depresivos. - Revisión y seguimiento de auto registros. - Comunicación asertiva basada en expresiones faciales.
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo. - Trabajo cognitivo conductual sobre la importancia del Auto concepto. - Entrenamiento sobre cómo dar y recibir elogios.
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> - Factores problemáticos entre los fármacos y el embarazo; heredabilidad genética. - Seguimiento al inventario de auto concepto - Seguimiento a las habilidades para dar y recibir elogios.
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos alternativos con buenas y malas bases para el tratamiento del TAB. - Entrenamiento en resolución de conflictos - Entrenamiento en cómo decir que no de manera asertiva.
Sesión 13	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas para mejorar la adherencia al tratamiento. - Entrenamiento en resolución de conflictos - Entrenamiento en cómo decir que no de manera asertiva.
Sesión 14	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de sustancias Psicoactivas y sus riesgos. - Introducción del protocolo para realizar críticas constructivas.
Sesión 15	<ul style="list-style-type: none"> - Como afrontar las recaídas de la hipomanía o manía en base al conocimiento de los pródromos. - Introducción del protocolo para recibir críticas.
Sesión 16	<ul style="list-style-type: none"> - Como afrontar las recaídas de la depresión en base al conocimiento de los pródromos. - Seguimiento de los protocolos para pedir favores y negar favores.
Sesión 17	<ul style="list-style-type: none"> - Como afrontar una descompensación - Se realiza un repaso sobre asertividad.
Sesión 18	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación del estrés e implementación de hábitos saludables a partir del análisis de una historia.

Sesión 19	- Repaso de los contenidos del taller.
Sesión 20	- Cierre y despedida.

Sesión #1.	
Ejes temáticos	Presentación del equipo y encuadre del taller.
Objetivos	<p>Establecimiento de la alianza terapéutica.</p> <p>Exposición de objetivos</p> <p>Aclaración de dudas</p> <p>Establecimiento de normas</p>
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Presentación: Se coloca a las personas en círculo y se realiza la presentación del equipo de trabajo, posteriormente se le pide a cada participante que se presente y facilite datos de su historia personal y su historia clínica.</p> <p>Seguidamente se les coloca en parejas con la consigna de que comenten sus expectativas acerca del taller para comentarlas luego con el grupo.</p> <p>Objetivos de Grupo: Se explicará al grupo que el objetivo del taller gira en torno hacia la obtención de técnicas y habilidades para mejorar la calidad de vida y hacer frente a las crisis cuando estas se presenten. Asimismo se realizará el encuadre de las sesiones.</p> <p>Normas del Grupo: Se explicará al grupo las cinco normas que regirán las sesiones: confidencialidad, asistencia, participación, respeto y puntualidad. Luego estas serán sometidas a discusión con el grupo.</p> <p>Introducción al TAB: Se realiza una breve introducción al TAB, esto de manera natural y concisa según se ejemplifica en los anexos.</p> <p>Despedida: Se pasa por cada participante diciéndole las palabras “piña” o “manzana”, siendo que si se le dice “piña” dirá el nombre del compañero de la derecha, en cambio si se le dice “manzana” será el nombre del compañero de la izquierda.</p> <p>Se agradece a los participantes su asistencia y se les invita a asistir a la próxima sesión.</p>

Sesión 2.	
Ejes temáticos	Enganche y explicación profundizada del Trastorno Bipolar
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el Trastorno Bipolar - Presentar el modelo Cognitivo Conductual
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Introducción: Se saluda a los participantes y se les consulta uno por uno como se ha sentido en la mañana y si tiene algo que crea relevante contar al grupo, se aprovecharán las situaciones comentadas para introducir técnicas de afrontamiento.</p> <p>Se explica al grupo que esta será la dinámica de inicio de todas las sesiones.</p> <p>Psicoeducación: Se consulta a los participantes que entienden por trastorno bipolar, se recogen los comentarios corrigiendo los que están equivocados y reforzando los correctos. Posteriormente se explica de forma general lo que es una fase de manía y una fase de depresión, la necesidad de la medicación para regular los mecanismos de control del estado de ánimo, los factores de riesgo que precipitan una recaída, los síntomas sub sindrómicos entre fases, las dificultades de adaptación general que se pueden tener, y los síntomas prodrómicos y la necesidad de detectarlos.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se explica la interconexión existente entre <i>Pensamiento, estado de ánimo, conducta y sensaciones fisiológicas</i>, se brinda a los participantes varios ejemplos sobre la relación entre estos, y se les explica que en las siguientes sesiones se pondrán en práctica técnicas y habilidades para poder manejarlos y mantener un adecuado balance de ellos.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar cada día una actividad que les guste, esto aunque se encuentren bajos de ánimo, y reportar en una escala del 1 al 10 cuanto placer sintieron al realizarla y también en una escala del 1 al 10 su ánimo al final del día.

Sesión 3.	
Ejes temáticos	Bases Biológicas del TAB
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - . Explicar el constructo biológico de la enfermedad - Romper el estigma social sobre la enfermedad mental.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Introducción: Se realiza la dinámica de saludo inicial</p> <p>Psicoeducación: Se explica mediante dibujos la estructura del cerebro, enfatizando en el sistema límbico. Se dará una breve explicación sobre las neuronas y la sinapsis y como los medicamentos contribuyen a esta. Se explica el curso recurrente de la enfermedad mediante un gráfico (ver anexos) de abscisas y ordenadas al cual se le llamará “Gráfico del Ciclo Vital”, donde las abscisas serán el tiempo y las ordenadas la alteración que se sufrió. Para esto se solicita un voluntario para representar su enfermedad en el gráfico, donde en el tiempo coloque la época en la que sucedió y en la alteración se ponga que fue lo que le sucedió. Mediante este ejercicio se les brinda una devolución sobre su forma de enfrentarse a la enfermedad y se desestigmatiza la idea de que es una enfermedad para personas débiles.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se les divide en grupos para comentar sobre la tarea de la sesión anterior. Se realiza la importancia de realizar estos ejercicios para poder registrar el curso de la enfermedad y para poder saber que actividades les generan más o menos placer.</p>
	<p>Control de la ansiedad: Se les consulta sobre actividades que les cueste trabajo realizar. Se les explica que la ansiedad y el miedo se acrecientan cuando se evita realizar las actividades, y que en cambio disminuyen cuando de manera paulatina se enfrentan a estas. Se les recalca que durante el transcurso del taller se practican más técnicas para hacer frente a esa ansiedad.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Rellenar el registro de actividades placenteras y realizar una lista de actividades que antes hacían y ya no. - Exponerse a una actividad que les produzca ansiedad para comprobar como esta ansiedad disminuye

Sesión 4.	
Ejes temáticos	Familiarización con la sintomatología del TAB
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la manía y la depresión - Planificar actividades agradables - Introducir la relajación
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se realiza una diferenciación entre la “culpa” y la “responsabilidad”. En la cual se le achaca la culpa de las cosas a la enfermedad, pero se le responsabiliza a la persona sobre el control de la misma enfermedad. Planteando así una lucha entre ambos.</p> <p>Se consultará a los participantes sobre la sintomatología que se experimenta durante un episodio maniaco, anotando todas las respuestas en la pizarra y creando una discusión alrededor de estas. Se dará una explicación final sobre esta y cuál es su diferencia de la hipomanía.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se discute sobre las actividades del registro del estado de ánimo, y además se pide a los participantes que comenten su experiencia si realizaron alguna actividad ansiogena.</p> <p>Control de la ansiedad: Se brindarán técnicas de respiración diafragmática y distracción (ver anexos). Se les explica como ante diversas situaciones las personas tienen una especie de alarma que les impide realizar sus actividades, pero que sin embargo si de re direcciona la atención hacia otros estímulos se puede reducir esa ansiedad.</p> <p>Entrenamiento en Habilidades Sociales: Se explica brevemente el concepto de habilidades sociales, poniendo énfasis en el comportamiento pasivo, agresivo y asertivo. Se leen las dos primeras páginas del “Protocolo de habilidades sociales” (ver anexos) y se ensaya la comunicación asertiva con el grupo.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de actividades y estados de ánimo. - Poner en práctica la respiración diafragmática al menos una vez al día

Sesión 5.	
Ejes temáticos	Síntomas, peculiaridades y consecuencias de la depresión.
Objetivos	- Abordaje de la depresión
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se consultará a los participantes sobre la sintomatología que se experimenta durante un episodio depresivo, anotando todas las respuestas en la pizarra y creando una discusión alrededor de estas. Se dará una explicación final sobre la diferencia entre experiencias normales y depresión.</p> <p>Se abordara el tema del suicidio, su prevalencia en el TAB y técnicas para afrontarlo.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisan los registros de la semana, poniendo especial énfasis en como las actividades placenteras mejoran el estado del ánimo. Además, se incorporaran los pensamientos como un factor que también influye en el estado de ánimo y como antes diferentes situaciones las personas reaccionan de forma diferente según sus pensamientos y como más adelante podrán detectar estos pensamientos fácilmente.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: Se realiza un sondeo entre las personas participantes sobre situaciones de la semana en la cual hayan podido poner en practica la comunicación asertiva, analizando las situaciones.</p> <p>Posteriormente se solicita la colaboración de dos miembros del grupo para realizar un role playing sobre una determinada situación facilitada por el equipo la cual tengan que resolver con técnicas de comunicación asertiva; esta finalmente se analiza con el grupo.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de actividades y estados de ánimo. - Realizar el registro de actividades asertivas, donde describirán al menos una situación del día donde hayan puesto en práctica la comunicación asertiva.

Sesión 6	
Ejes temáticos	Tipos de Trastorno Bipolar
Objetivos	- Reafirmar los contenidos psicoeducativos.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se da comienzo abriendo un espacio de consultas sobre los temas vistos hasta el momento. Se explica que hay tres tipos de bipolaridad: la ciclotimia, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II y se da una breve explicación.</p> <p>Se pide a los participantes que realicen un gráfico de abscisas y ordenadas de otro compañero.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se hace revisión de las tareas, reforzando el hecho de que los participantes las estén haciendo.</p> <p>Se explica la hoja de principales errores del pensamiento (ver anexo) repasando cada una de las distorsiones del pensamiento con los participantes y se les invitara a analizar estas distorsiones cada vez que tengan un bajón en el ánimo.</p> <p>Además, se explica la hoja de registro de cogniciones (ver anexo), donde deberán apuntar, cuando sientan momentos “de bajón” a lo largo del día, la situación en la que estaban, lo que han pensado sobre el hecho, y cómo se han sentido.</p> <p>Control de Ansiedad: Se retoma la respiración diafragmática</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un gráfico del ciclo vital - Realizar el registro de cogniciones - Realizar el registro de situaciones asertivas.

Sesión 7	
Ejes temáticos	Psicofarmacología
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una introducción a los fármacos, y explicar los tipos de estabilizadores del humor, sus indicaciones específicas, sus ventajas y sus efectos secundarios
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se solicita a un participante que realice su gráfico vital en la pizarra de tal forma que el tema quede claro para todos.</p> <p>Se solicita a los participantes la lista de fármacos que toma, clasificándolos en la pizarra entre eutimizantes, anti maníacos, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, y otros. Se explicará brevemente cada grupo para después profundizar en los eutimizantes o estabilizadores del ánimo y sus diferentes presentaciones.</p> <p>Se explica nuevamente a los participantes el dibujo de las neuronas y que cada persona tiene una forma diferente de consumir los medicamentos según sus necesidades para garantizar su calidad de vida.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se realiza la revisión de las tareas y se explica la hoja de pensamientos ansiógenos (ver anexos) y se van explicando uno por uno.</p> <p>Se revisa a profundidad la hoja de cogniciones y se va analizando si los pensamientos negativos que ponen las personas son errores del pensamiento.</p> <p>Regulación de hábitos y control del estrés: Se lee la hoja de higiene del sueño (ver anexos) y se especifica en los buenos hábitos para la salud como dormir bien, no tomar café en la noche, cenar moderadamente y al menos dos horas antes de acostarse, pasear o hacer ejercicio físico moderado regularmente, realizar actividades relajantes, entre otras.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de cogniciones - Realizar el registro de actividades placenteras y estado de ánimo

Sesión 8	
Ejes temáticos	Psicofarmacología
Objetivos	- Profundizar en los fármacos anti maniacos.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se hablará sobre la importancia de retomar el tema de los fármacos. En esta ocasión se profundizará en el apartado de los anti maniacos y sus diferentes presentaciones.</p> <p>Se brindará información sobre las primeras manifestaciones de la manía y como ante la sensación placentera que provoca esta las personas se resisten a tomar sus medicamentos.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa la tarea de la semana pasada. Se pondrá atención especial en el registro de cogniciones, donde se explicará a profundidad la reestructuración cognitiva, para ponerla en práctica de manera efectiva en el registro.</p> <p>Control de la Ansiedad: Se recuerda la importancia de aplicar la respiración diafragmática y las técnicas de distracción. Además, se incorporan las auto instrucciones que consisten en hablar con uno mismo, a modo de diálogo interno, según se va afrontando la situación y centrándonos en todo momento en lo que estamos haciendo.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: Se refleja la importancia, funciones y uso correcto e incorrecto de la comunicación no verbal como parte de las habilidades sociales (Anexos).</p> <p>Role playing: Colocamos a dos pacientes sentados en el centro, espalda contra espalda, y deberán contarse un viaje o unas vacaciones que hayan tenido.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de cogniciones - Realizar el registro de actividades placenteras y estado de ánimo.

Sesión 9	
Ejes temáticos	- Psicofarmacología
Objetivos	- Profundizar en los fármacos anti depresivos.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se retomara la lista de fármacos de los participantes haciendo énfasis en los antidepresivos, explicando su función y el cuidado que hay que tener en su uso, esto por el posible viraje hacia la manía, pero siempre conservando la importancia de tomarlos según los prescriba el psiquiatra.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisará el registro de actividades poniendo especial interés en detectar si un participante muestra desgano en las actividades diarias o pródromos de una crisis para brindarle la contención necesaria.</p> <p>Seguidamente se revisa el registro de cogniciones, estimulando los procesos de reestructuración cognitiva y analizándolos con los participantes.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: Se consulta a los participantes si han notado muestras de expresiones no verbales durante la semana. Se les indica que esta semana se centraran en las expresiones faciales y se les explica su importancia.</p> <p>Se presenta el Inventario de Auto concepto (ver anexos) y se explica que la próxima semana se examinara bajo reestructuración cognitiva y de una forma realistas sus habilidades sociales.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el Inventario de Auto concepto - Realizar el registro de cogniciones - Realizar el registro de actividades y estado del animo

Sesión 10	
Ejes temáticos	Psicofarmacología
Objetivos	Profundizar en los fármacos estabilizadores del humor.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se retoma la lista de fármacos y se abre un debate en torno a los participantes que usan valproato, litio y carbamazepina, consultando si se han realizado un examen en los últimos 6 meses. Se explica la importancia de realizarse estos exámenes para ver su nivel en sangre.</p> <p>Se analizan los prejuicios alrededor de los fármacos especialmente del Litio.</p> <p>Base cognitivo conductual: Se revisan rápidamente las tareas para la casa y se brinda reforzamiento.</p> <p>Habrán especialmente atención en el Inventario de Auto concepto, se reforzaran aquellas conceptualizaciones positivas de sí mismos y se someterán a escrutinio las negativas para verificar si hay presencia de pensamientos distorsionados.</p> <p>Habilidades Sociales: Se explica la importancia de dar y recibir elogios y cómo hacerlo. Se explican los tres niveles (cosas materiales, trabajo e intimidad) de los sentimientos positivos. (ver anexos)</p> <p>Se presenta el juego del Amigo Invisible. Se les reparte un papel con el nombre de un miembro del grupo y para el próximo día deben traerle un elogio escrito, que sea sincero y que se relacione con lo que han observado de esa persona a lo largo de las sesiones.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de actividades y estado de ánimo. - Realizar el juego del amigo invisible.

Sesión 11	
Ejes temáticos	Psicofarmacología y genética
Objetivos	Abordar la relación problemática entre los fármacos y el embarazo, además de la heredabilidad del TAB.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se realiza un debate con los y las participantes que tienen hijos, se les solicita contra su experiencia durante el embarazo y que alternativas tomaron para procurar el buen transcurso de este. Se explican los factores de protección durante el embarazo y la lactancia y todas las medidas a tener en cuenta para realizar un embarazo planificado. Además habrá un debate para desestigmatizar el tema de la paternidad.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa el registro de actividades y se les solicita comentar el mejor y el peor día de la semana para reforzar la relación entre hacer y sentirse bien.</p> <p>Se retoma el inventario de auto concepto, cada participante leerá los aspectos positivos y los aspectos negativos de las cinco últimas áreas: conducta afectivo-erótica, rendimiento académico o laboral, estatus socio-económico, ejecución de tareas cotidianas y logros alcanzados y éxitos en la vida. Se reforzaran los aspectos positivos y se reestructuraran los negativos.</p> <p>Habilidades Sociales: Se realizará un Role Playing para practicar las formas de dar elogios a un amigo, un compañero de trabajo y la pareja. Cada participante entregará su elogio a la persona que le había tocado como amigo invisible. Si a alguien se le ha olvidado traerlo, deberá escribir el elogio en el momento. En el caso de que un halago sea totalmente absurdo e irreal, señalaremos que era fundamental basarnos en la realidad y pondremos un ejemplo halagando a la persona que lo ha leído y que le correspondía recibirlo.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar el registro de cogniciones - Leer la hoja de resolución de conflictos para la próxima sesión.

Sesión 12	
Ejes temáticos	Tratamientos Alternativos
Objetivos	Explicar los diferentes tratamientos alternativos que existen, desde los que resultan inocuos hasta los que pueden ser perjudiciales para pacientes con trastorno bipolar..
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se explica a los participantes el método científico y la importancia de que todo medicamento sea rigurosamente estudiado y tenga pruebas de su eficacia. Se pregunta a las personas si han accedido a tratamientos alternativo y cuál ha sido su experiencia; el punto de vista del equipo tiene que ser claro y objetivo en relación y reforzar solo aquellos medicamentos que tengan pruebas rigurosas de validez.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa el registro de cogniciones, puede ser que algunos participantes comenten haberlo dejado de lado ya que han automatizado la reestructuración cognitiva en su vida diaria.</p> <p>Resolución de Conflictos: Se expone que un problema aparece cuando no se dispone de manera inmediata una respuesta eficaz para afrontar la situación. Esto implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta apropiada lo que la hace problemática.</p> <p>Habilidades Sociales: Se lee la hoja de “como decir no” (ver anexos). Se explica el derecho a decir “no” las ventajas que tiene poder hacerlo y los inconvenientes de no poder hacerlo de la forma correcta. Se realiza un Role Playing de situaciones en las cuales los participantes deben dar una respuesta negativa.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de actividades y estado del animo - Realizar el registro de cómo decir no. - Estudiar el protocolo de resolución de conflictos y traer al menos una situación problemática vivida en la semana.

Sesión 13	
Ejes temáticos	Adherencia al tratamiento y recurrencia del trastorno.
Objetivos	Explicar la importancia de la medicación.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se retoma el gráfico del ciclo vital, utilizando ocasiones en las cuales se haya abandonado el tratamiento y cuales han sido las consecuencias de esto; se abrirá un debate en torno a la relación entre abandonar el medicamento y sufrir recaídas.</p> <p>Se escriben en la pizarra las principales causas de abandono del tratamiento y se abordan estas causas. Se ofrecen trucos para facilitar la adherencia al tratamiento usar “pastilleros”, usar la alarma del reloj, usar algún recordatorio, apuntarlo en la agenda, dejar la medicación por diferentes sitios, escribirlo en alguna parte de la casa, rellenar circulitos en una cartulina según la tomas diariamente</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa el registro de actividades, invitándoles a ampliar el repertorio de actividades y repetir aquellas que les provoquen más placer.</p> <p>Resolución de problemas: Expondrán un problema real que hayan tenido durante la semana, y las fases que hayan aplicado para su resolución. Algunos participantes no habrán realizado la tarea argumentando que no tienen problemas, otros expondrán un problema sin las fases de solución, y una minoría habrá realizado la tarea correctamente.</p> <p>Habilidades Sociales: Se revisa el registro de cómo decir no. Se explica que para decir no de manera efectiva hay que ser breve, educado, sincero, decir no e irse y practicar con anterioridad.</p> <p>Se realiza un role playing para practicar como solicitar las cosas de manera adecuada y como negarse de manera adecuada.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de cogniciones - Realizar el registro de peticiones y decir que no

Sesión 14	
Ejes temáticos	Consumo de sustancias psicoactivas
Objetivos	Concientizar sobre el riesgo que conlleva consumir sustancias psicoactivas, desde drogas fuertes hasta el consumo de café o alcohol, y lo que puede perjudicar el curso y pronóstico de su enfermedad.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se explica la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el TAB y las consecuencias que tienen en el curso de la enfermedad.</p> <p>Se hace una lista de sustancias tanto legales como ilegales en la pizarra y se abre un debate psicoeducativo sobre los riesgos que pueden tener todas estas sustancias y además como el medicamento puede convertirse en una adicción si no se sigue de la manera correcta.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa el registro de cogniciones y se abordan los elementos ansiógenos y pensamientos distorsionados.</p> <p>Se procede con el inventario de auto concepto y se le pide a cada participante hacer una descripción propia con elementos positivos y negativos.</p> <p>Habilidades sociales: Se les solicita exponer situaciones de la semana en que hayan tenido que hacer peticiones o rechazar propuestas. Se les invita a seguir haciendo ensayos.</p> <p>Se introduce el protocolo para hacer críticas asertivas, escribiendo cada paso en la pizarra, explicando que todo esto debe ser acoplado a su vida diaria, se intenta obtener ejemplos de los participantes.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Rellenar el registro de hacer y recibir críticas con una crítica concreta, bien realizada, de algo que les moleste durante la semana, y apuntar lo que ha sucedido y su sentimiento posterior. - Realizar el registro de actividades y estado de ánimo.

Sesión 15	
Ejes temáticos	Recaídas y Pródromos de la hipomanía
Objetivos	Aprender a detectar oportunamente las recaídas a partir de una lista de pródromos.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se realiza una recolección de ideas sobre los pródromos de una fase hipomaniaca, agregando solo aquellos que se consideren útiles para predecir la crisis.</p> <p>Se explica cómo detectar los cambios conductuales y cognitivos en una base cuantitativa (aumento o disminución d funciones) y cualitativa (aparición de nuevas conductas).</p> <p>Se expone que la diferencia de las fluctuaciones normales o patológicas del estado de ánimo es que las primeras tienden a desaparecer al cabo de unas horas, y las otras empeoran con el paso del tiempo, estén o no causadas por factores externos.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa el registro de actividades.</p> <p>Se repasan las técnicas de resolución de conflictos, tomando como base un problema real que haya sido recogido en la sesión 13 y resolviéndolo con el grupo usando las técnicas de resolución de conflictos.</p> <p>Habilidades Sociales: Se revisa el registro de realizar críticas y se introduce el protocolo para recibir críticas.</p> <p>Se realiza un role playing donde un participante le realiza una crítica valida y una exagerada a otro participante que tendrá que aceptar la crítica racional y negar la exagerada.</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una lista de sus pródromos - Realizar el registro de cogniciones - Realizar el registro de dar y recibir críticas.

Sesión 16	
Ejes temáticos	Recaídas y pródromos de la depresión
Objetivos	Aprender a detectar oportunamente las recaídas a partir de una lista de pródromos..
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se lee la lista de pródromos de un episodio (hipo)maníaco de cada uno de ellos, y se refuerza su trabajo y la importancia de que tengan en cuenta esta lista.</p> <p>Se les explica que se llevara a cabo la misma tarea, pero esta vez con los síntomas de depresión de cada uno. Se fomenta que hablen de esta lista con sus familiares y amigos para poder detectar oportunamente la crisis.</p> <p>Base Cognitivo Conductual: Se revisa el registro de cogniciones, esperando que para esta sesión sean muy pocas las cogniciones negativas producto de pensamientos distorsionados.</p> <p>Habilidades Sociales: Se revisan las situaciones en que los participantes han tenido que hacer o recibir críticas y cuál ha sido la repercusión de estas situaciones en su ánimo.</p> <p>Se retoman por medio de role playing los criterios para solicitar favores y decir que no (sesión 12 y 13) y los criterios para dar y recibir elogios (sesión 10).</p>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar su propia lista de pródromos. - Realizar el registro de actividades y estados de animo - Realizar el registro de respuestas asertivas.

Sesión 17	
Ejes temáticos	Descompensación y recaídas
Objetivos	Dotar a los participantes de herramientas de actuación ante el inicio de una descompensación con el fin de prevenir la recaída
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Psicoeducación: Se lee la lista de pródromos de un episodio depresivo. Se les indica que ante una detección precoz de una crisis es importante tener en cuenta los recursos que se disponen, por lo cual se anotan en la pizarra tanto aquellos recursos que tienen los participantes para la hipomanía como para la depresión. Cada participante pensará en aquellos recursos que requiere aumentar y aquellos que requiere reducir.</p> <p>Base Conductual: Se revisa el registro de actividades y se permite que los mismos participantes analicen la importancia del ejercicio y de las actividades que han realizado.</p> <p>Habilidades Sociales: Se revisa el registro de asertividad. Cada uno comenta su situación asertiva, si logró o no sus objetivos, y los sentimientos que tuvo posteriormente. Se repasan nuevamente los criterios de las sesiones anteriores de hacer y recibir críticas, preguntando sobre situaciones en las que los hayan tenido que poner en práctica. Se realiza un Role Playing con alguna situación propuesta por los participantes. Se les recuerda que se encuentran en la recta final del taller para ir planeando el cierre.</p>
Tarea	Rellenarán una situación por semana en el registro de cogniciones y en el de actividades. También escribirán alguna situación asertiva, donde indicarán la habilidad social que se ha puesto en práctica

Sesión 18	
Ejes temáticos	Hábitos Saludables
Objetivos	Remarcar e incidir en la necesidad de la regularidad de hábitos de vida
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Regulación de hábitos y control del estrés: Se lee una historia del Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar de Colom y Vieta (anexos). cuál de los dos pacientes tiene más factores de riesgo para tener una recaída, y cuál de los dos es más probable que esté eutímico al cabo de un año y por qué. Se realiza una lista de riesgos y se recalca la importancia de mantener hábitos saludables que reduzcan estos riesgos.</p> <p>Se explica que el estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental externo o interno, para prepararse para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación. Este cambio puede ser tanto positivo como negativo para el individuo.</p> <p>Se recalca la importancia de seguir practicando los ejercicios que se han visto alrededor de las sesiones como la respiración diafragmática y las técnicas de distracción.</p> <p>Se revisan los registros, reforzando las conductas positivas y recalcando que la reestructuración cognitiva también puede ser útil en el control del estrés.</p> <p>Se les indica que no habrá más tareas para la casa y que solo quedan dos sesiones más en las cuales se repasaran los conocimientos adquiridos en todo el taller.</p>

Sesión 19	
Ejes temáticos	Repaso
Objetivos	Repasar y afianzar todos los conocimientos, habilidades y estrategias aprendidas a lo largo del programa psicológico.
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Se escribe en la pizarra a modo de índice el nombre de todos los contenidos y estrategias aprendidas.</p> <p>Se consulta cuáles son los puntos en los que más dificultades tienen y si hay temas que les gustaría que se practiquen en la sesión</p> <p>Se procede a repasar y resumir todos los puntos del esquema. Este repaso se realiza de forma dinámica, haciendo preguntas a cada persona que, sin duda, sabe responder, ensayando y practicando brevemente cada contenido, y reforzando las intervenciones de los miembros del grupo, reforzando el que se hayan convertido en su propio terapeuta.</p>

Sesión 20	
Ejes temáticos	Cierre
Objetivos	Realizar una despedida adecuada
Procedimientos (Estrategias y Metodología)	<p>Cada miembro realizará una evaluación de lo aprendido y de su utilidad en la vida diaria, transmitiendo los cambios subjetivos que ha sentido, así como sugerencias para mejorar el programa en sesiones futuras.</p> <p>Normalmente, la satisfacción subjetiva es muy alta, y refieren que les hubiera gustado ampliar más sesiones o que desean que en un futuro se vuelva a repetir. Agradecen de forma sincera y franca el apoyo que han recibido e incluso refieren que es la primera vez que se han sentido amparados por el sistema y no abandonados con su enfermedad.</p> <p>Se les agradece por su participación y compromiso y se les invita a seguir integrando todos los aprendizajes en el día a día convirtiéndose en sus propios terapeutas.</p>

Areas a explotar	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
Apariencia Fisica		
Capacidad Intelectual		
Forma de Ser		
Salud		
Aceptación Social y relaciones con los demas		
Conducta Afectivo erotica		
Rendimiento Academico Laboral		
Estatus Socio Económico		
Ejecución de Tareas Cotidianas		
Logros alcanzados y éxito en la vida		

INVENTARIO DE AUTOCONCEPTO NOMBRE _____

REGISTRO DE ACTIVIDADES POSITIVAS Y DEL ESTADO DEL ANIMO

NOMBRE _____

Día	Actividad Agradable	Nivel de Agrado 1/10	Lo que más me gustó	Estado de ánimo al final del día 1/10

REGISTRO DE COGNICIONES / NOMBRE _____

Día y hora	Situación	Pensamiento Automatico	Pensamiento Racional	Consecuencias

REGISTRO DE SITUACIONES ASERTIVAS

Situación	Respuesta	Respuesta del otro	Sentimientos

REGISTRO DE DECIR NO/ NOMBRE _____

Situación	Respuesta	Respuesta del otro	Sentimientos

REGISTRO DE PEDIR FAVORES/ NOMBRE _____

Situación	Respuesta	Respuesta del otro	Sentimientos

REGISTRO PARA DAR Y RECIBIR ELOGIOS

NOMBRE _____

Situación	Respuesta	Respuesta del otro	Sentimientos

REGISTRO PARA HACER Y RECIBIR CRITICAS

NOMBRE _____

Situación	Respuesta	Respuesta del otro	Sentimientos

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

La auto atención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en el trastorno de pánico. Las personas que han tenido la desagradable experiencia de sufrir un ataque de pánico a menudo establecen una especie de sistema de alarma o estado de alerta ante el más mínimo cambio corporal que experimenten. Hasta tal punto se incrementa la hipervigilancia o la conciencia corporal que una buena parte de las crisis que se producen son desencadenadas por ligeros cambios totalmente normales en su funcionamiento fisiológico, como una arritmia cardíaca o un ligero incremento de pulsaciones; cambios que a otra persona sin historia de ataques de pánico le pasarían totalmente desapercibidos.

Si, cuando una persona percibe síntomas de ansiedad, logra cambiar de estrategia y desviar su atención de las propias sensaciones hacia otro estímulo que pueda competir con los amenazantes en cuanto a demanda emocional, entonces podrá controlar de manera más adecuada la situación y evitar un ataque de pánico porque dará prioridad a un estímulo diferente del que le produce temor y conseguirá concentrarse en él disminuyendo la conciencia acerca de la existencia del estímulo amenazante.

Generalmente se establecen cinco tipos de técnicas:

1. Centrarse en un objeto. Se trata de describir con todo detalle cualquier objeto, aludiendo a la forma, color, tamaño, textura, número de objetos iguales que hay... Es

importante que se elija un objeto con cierta complejidad con el fin de que pueda absorber su atención.

2. Ejercicios mentales. Seleccionar cualquier actividad mental que requiera la suficiente dosis de atención para que se distraiga de su propio cuerpo: contar de tres en tres, o descontar de siete en siete, nombrar animales por orden alfabético, buscar palabras que empiecen por determinada letra, etc. Si resulta muy sencilla no será útil.

3. Actividades absorbentes. Se trata de actividades que se encuentren en el repertorio habitual de la persona y a elegir por la propia persona: jugar con alguien, hablar, cantar, hacer puzles, crucigramas, ver la televisión, leer un libro, etc.

4. Conciencia sensorial. Hacer un recorrido por todos los sentidos intentando agudizarlos, y hacer consciente lo que generalmente no percibimos conscientemente.

5. Recuerdos y fantasías agradables. Es importante que la imagen creada o recordada por la persona sea vívida y para ello debe explorar las cualidades de la situación imaginada: color, sonido, forma, tacto, olores...

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA: INSTRUCCIONES PARA PRACTICARLA

Al empezar, debes practicar cuando estés más tranquilo. Te resultará más fácil si estás acostado o recostado en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.

No tomes mucho aire. Recuerda que se trata de tomar poco y lentamente, para contrarrestar los efectos de la hiperventilación.

Es mejor respirar por la nariz, pero si tienes algún problema que te lo impida, respira por la boca sin abrirla demasiado.

Respiración diafragmática

Pon una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarte de que llevas el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho.

- Al tomar el aire, lentamente, lo llevas a la parte de abajo de tus pulmones, hinchando un poco tu estómago y barriga: sin mover el pecho.
- Retienes un momento el aire en esa posición.
- Sueltas el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga; sin mover el pecho. Procura mantenerte relajado y relajarte un poco más al soltar el aire.

Respiración diafragmática lenta

Cuando ya seas capaz de respirar así con facilidad, practica respirar del mismo modo, pero siguiendo esta pauta:

- Tomar aire, lentamente, contando de uno a tres-cuatro.
- Retenerlo, contando de uno a tres.
- Soltarlo lentamente, mientras cuentas de uno a siete-ocho.

Consejos

Para llegar a dominar esta forma de respiración, debes practicar varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 3-5 minutos cada una).

Sé constante, ya que cuando sepas practicarla con facilidad y sintiéndote relajado, te será de gran utilidad para controlar la ansiedad.

Cuando domines esta técnica en posición de tumbado o recostado, debes practicarla en diferentes posiciones (sentado, de pie, andando...) y en diferentes lugares, empezando por los que te resulten más fáciles.

Recuerda que no debes utilizar la respiración diafragmática lenta para controlar la ansiedad, basta que aprendas a respirar de este modo, sintiéndote cómodo y relajado. Para esto, antes tienes que practicarla muchas veces, cuando estés tranquilo.

Material para el paciente: Habilidades sociales



¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIALES?

Son ese conjunto de comportamientos de una persona al relacionarse con otras, a través de los cuales expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación, respetando los derechos de los demás.

TRES FORMAS DE COMPORTARNOS

Comportamiento pasivo

Esta forma de expresión, implica la violación de nuestros derechos, al no ser capaces de expresar honestamente los sentimientos, pensamientos, opiniones, y pensamientos. Los demás al no contar con la información necesaria, pueden violar nuestros derechos, sin ser conscientes de ello. El mensaje que comunicamos es: “yo no cuento, mis sentimientos y pensamientos no importan”. El objetivo, es apaciguar a los demás y evitar los conflictos a toda costa, sin embargo:

La persona pasiva se sentirá incomprendida, no tomada en cuenta o manipulada y a menudo, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritada hacia los demás, llevando todo esto a sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión y baja autoestima.

Comportamiento agresivo

Cuando mantenemos esta actitud para evitar conflictos, el efecto producido es exactamente el contrario, ya que, al no hablar clara y abiertamente, acabamos pensando del modo que dijimos que generaba mayor ira y acabamos comportándonos del modo opuesto; **AGRESIVO**.

Este comportamiento implica la defensa de derechos personales, expresando pensamientos, sentimientos y opiniones de modo inapropiado, violando los derechos de la otra persona. El mensaje es: “esto es lo que pienso, siento y quiero y lo que tú quieres no importa”.

Comportamiento asertivo

Lo adecuado, es no reprimir la ira actuando pasivamente, para no llegar a ser agresivos con otras personas. Debemos ser **ASERTIVOS**. Es decir, debemos expresar directamente

y a tiempo, los propios sentimientos y necesidades, defendiendo nuestros derechos, pero sin amenazar, castigar y violar los derechos de los demás. El mensaje sería: “esto es lo que pienso y siento, así es como veo la situación y tendremos que encontrar juntos que hacer para resolverlo y que no se vuelva a producir”. En este punto es también importante pedir

información a los demás sobre sus intenciones, para que no se produzcan malas interpretaciones.

PRINCIPALES ERRORES DE RAZONAMIENTO

1. Focalizar en lo negativo. La atención está centrada fundamentalmente en aspectos negativos o inadecuados. Esto sucede tanto en el día a día como en la información almacenada en el cerebro, de la que sobresalen escenas y recuerdos negativos.

Focalizar en lo negativo lleva a la auto desvalorización. Además, supone el olvido o minimización de las habilidades, aciertos y valores.

2. Personalizar. Con frecuencia las personas deprimidas tienden a verse como responsables al 100% de acontecimientos en los que apenas han participado e, incluso, no han practicado en absoluto. Esta es una de las distorsiones de razonamiento más dañinas en la depresión. No se gradúa de manera adecuada el grado de responsabilidad o participación en el desenlace de un evento. Automáticamente se asume que hay una relación causa-efecto entre las consecuencias y la actuación. Cuando en la mayoría de los casos no hay ningún tipo de conexión causal lógica. El resultado es que se auto condena a ser culpable.

3. Pensamiento TODO-NADA. Se categoriza las experiencias en términos extremistas y dramáticos. La forma de evaluar las situaciones y las actuaciones no se mide a través de un continuo sino de manera bipolar: blanco-negro, bueno-malo, perfecto-desastre, amor-odio. Con este filtro mental hay muy pocas probabilidades de juzgar positivamente la realidad. Si no se alcanza la categoría de perfecto el juicio que sigue es de desastre.

4. Generalizar. El error consiste en sacar conclusiones generales a partir de un detalle específico y conectado a una situación concreta. Este tipo de generalización se aplica al desempeño personal (Soy un desastre), y a cómo discurre el mundo y el futuro (El mundo es asqueroso, Nunca mejoraré). Es de especial relevancia la generalización negativa que se suele hacer de los pequeños errores que se cometen día a día. Se confunde el nivel de ejecución de una determinada conducta con la valía personal.

5. Sacar conclusiones sin datos. A partir de información muy sesgada e incluso de información claramente en contra se llega a conclusiones. Algunas veces da la impresión de que la gente deprimida tiene la capacidad de leer la mente de sus interlocutores o de adivinar

el futuro, porque llegan a conclusiones que no se desprenden en absoluto de la realidad presente.

6. Uso excesivo de expresiones debería/tengo que. Se exigen hacer cosas que actualmente no pueden hacer debido a su condición deprimida, y se exigen no haber actuado de la forma en que lo hicieron cuando en realidad no podían actuar de otra manera

IDENTIFICAR PENSAMIENTOS ANSIÓGENOS

Además de las interpretaciones catastrofistas referidas a determinadas sensaciones internas, que es el error de pensamiento típico del pánico, puede haber otras distorsiones cognitivas que contribuyan al malestar del sujeto creando más ansiedad. Las más comunes son:

1. Ir en contra de la evidencia. Ej.: “si me quedo encerrado en un ascensor, moriré asfixiado”.

En casos similares a este, conviene buscar pruebas a favor y en contra. Una forma eficaz es llevar a cabo algún experimento. Por ej., ayudado por otra persona puedes comprobar que, si se echa un perfume dentro del ascensor, manteniendo la puerta cerrada, el olor pasa al otro lado. Esto demuestra que existe un intercambio de aire a través de la puerta cerrada y que, por tanto, no puedes asfixiarte, aunque te quedes encerrado en un ascensor.

2. Exagerar la probabilidad de que ocurra lo que temes. Ej.: “si me da un ataque de pánico en mi trabajo me despedirán”. Si acostumbras a hacer predicciones negativas, conviene que las anotes para que compruebes que la mayoría de veces no suele ocurrir lo que temes.

3. Exagerar las consecuencias negativas que tendría si ocurre lo que temes. Ej.: “si la gente se da cuenta de que tengo ansiedad, alguno podría rechazarme”. Si te sueles preocupar por cuestiones de este tipo, conviene que te acostumbres a decirte a ti mismo “¿y qué?”.

4. Minimizar tu capacidad de hacer frente a lo que temes. Si te ocurre esto, es mejor que te concentres en pensar ¿cómo podría montarlo en caso de que ocurriese? Ej., si temes que alguien te critique, piensa en cómo puedes responder asertivamente a las críticas, etc.

5. Pensamientos inútiles-perjudiciales. Ejs.: “no me voy a curar”, “es terrible tener ansiedad”, etc. Ante este tipo de pensamientos inútiles, que te crean ansiedad y malestar, habitúate a preguntarte a ti mismo ¿de qué me sirve pensar esto?

En cualquier caso, lo más importante es que corrijas tu tendencia a hacer interpretaciones catastrofistas de las sensaciones temidas. Cuando lo consigas estarás más tranquilo y, por tanto, también disminuirá tu tendencia a tener otros pensamientos ansiógenos como los que se exponen en estas hojas.

NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

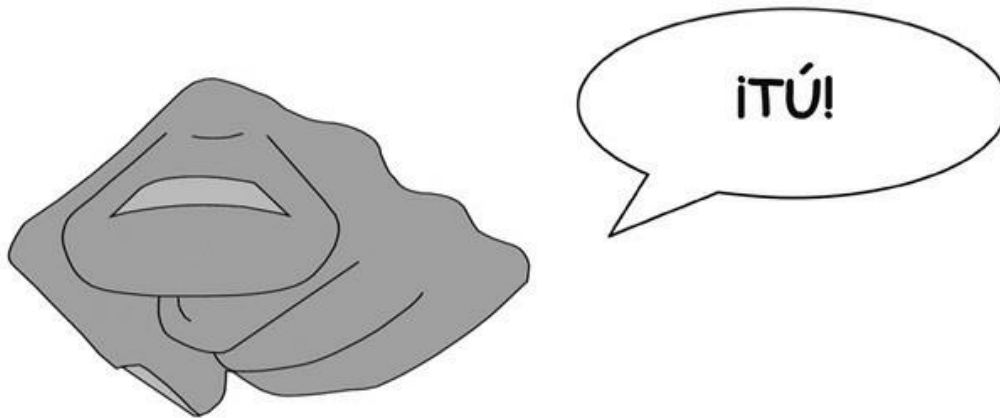
- a) No consumir café ni otros excitantes por la tarde ni por la noche.
- b) Cenar moderadamente y, al menos, dos horas antes de acostarse.
- c) Pasear o hacer ejercicio físico moderado de manera regular, especialmente por la tarde. Dar un paseo después de cenar.
- d) Dedicar el tiempo anterior a acostarse en actividades relajantes: TV, lectura, música, conversación, etc. Evitar discusiones, actividades intelectuales que requieran concentración o imágenes televisivas impactantes antes de ir a la cama.
- e) Tomar una infusión (tila, poleo, etc.) o darse un baño de agua templada antes de acostarse.
- f) Meterse en la cama y apagar la luz en un entorno de silencio. No leer ni ver la TV ni escuchar la radio ni comer en la cama. La cama está sólo para dormir, a excepción de las actividades sexuales.
- g) En caso de no poder dormir durante más de 15 minutos, levantarse de la cama e ir al salón a leer, escuchar música, etc. Volver a la cama sólo cuando le haya entrado de nuevo el sueño.
- h) Levantarse siempre a la misma hora, independientemente de cómo se haya dormido, y no echar la siesta.

FUNCIONES DE LOS MENSAJES NO VERBALES

- Pueden reemplazar las palabras.



- Pueden repetir lo que se está diciendo.



- Pueden contradecir lo que estamos diciendo.



Componentes no verbales

Mirada / contacto ocular Latencia de la respuesta Sonrisas

Gestos Expresión facial Postura

Distancia / Proximidad Expresión corporal Asentimientos con la cabeza Orientación

Movimientos de las piernas

Movimientos nerviosos de las manos

Apariencia personal

Componentes paralingüísticos

- Voz
- Volumen
- Tono
- Claridad
- Velocidad
- Timbre
- Inflexión Tiempo de habla
- Duración de la respuesta
- Número de palabras dichas Perturbaciones del habla
- Pausas/silencios en la conversación
- Número de muletillas
- Vacilaciones Fluidez del habla



ALGUNOS COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

POSICIÓN DE LAS CEJAS	SIGNIFICADO
Completamente elevadas	Incredulidad
Medio elevadas	Sorpresa
Normales	Sin comentarios
Medio fruncidas	Confusión
Totalmente fruncidas	Enfado
POSICIÓN DE LA BOCA	SIGNIFICADO
En forma de U	Alegría, agrado
Recta	Sin comentarios
En forma de arco	Enfado, tristeza

EL VOLUMEN



EL CONTACTO OCULAR

Cuando hablamos de contacto ocular nos referimos a mirar a la otra persona cuando estamos hablando con ella.

El contacto ocular se realiza a través de la mirada y ésta indica interés y atención por lo que la otra persona nos está diciendo, la retirada de la mirada demuestra desinterés o evitación, así como mirar mucho a otra persona puede indicar agresión.

Ciertas secuencias de acción tienen más significados. Por ejemplo, ser el primero en dejar de mirar es señal de sumisión; la dilatación pupilar, señal de interés por el otro. Mirar más intensifica la expresión de algunas emociones como la ira, mientras que mirar menos refleja vergüenza.

La mirada se emplea, junto con la conversación, para comentar la palabra hablada. En general, si el oyente mira más, genera más respuesta, por parte del que habla, y si el que habla mira más, es visto como persuasivo y seguro.

DECIR QUE NO

Decir que no: rechazar una petición que no queremos aceptar.

No nos han educado para decir que no de una manera clara y honesta.

Miedo subyacente: nuestro interlocutor va a pensar algo negativo de nosotros, se enfadará o actuará en nuestra contra.

Tenemos derecho a decir no ante cualquier tipo de petición: ¿al cine?), a nivel personal (¿me acompañas a...?), peticiones sobre objetos o pertenencias (¿me prestas...?), peticiones donde sentimos que se está abusando de nosotros (ve tú a clase y pásame los apuntes),

peticiones que en otro momento aceptaríamos pero que en ese momento preferimos no aceptar sencillamente, cualquier tipo de petición que no queramos aceptar, incluidos consejos bienintencionados.

Cuando aceptamos una petición que nos gustaría rechazar, estamos violando nuestra propia integridad, estamos decidiendo que la otra persona es mucho más importante que nosotros, y que nuestras necesidades y deseos quedan en un segundo plano.

IMPORTANTE: romper el hábito de decir no poniendo excusas.

LA PROXIMIDAD Y EL DISTANCIAMIENTO

Espacio personal: aquel en el cual no pueden entrar otras personas cuando nos comunicamos con ellas.

Una cercanía excesiva puede ofender a la otra persona, ya que se puede sentir molesta o intimidada.

Un distanciamiento excesivo indica desinterés, desagrado, cercanía de peligro...

Tipos de distancia:

Íntima: 0 - 45 cm (situaciones íntimas)

Personal: 45- 120 cm (relaciones personales)

Social: 120 - 365 cm (relaciones sociales)

HACER Y RECIBIR CUMPLIDOS

Razones por las que es importante hacer cumplidos y expresar aprecio cuando está justificado:

- Los demás disfrutan al oír expresiones positivas, sinceras, sobre cómo nos sentimos con respecto a ellos.
- El hacer cumplidos ayuda a fortalecer y profundizar las relaciones entre dos personas.
- Cuando se hacen cumplidos a los demás, es menos probable que se sientan olvidados o no apreciados.
- En los casos en los que hay que expresar sentimientos negativos o defender los derechos legítimos ante alguien, es menos probable que se produzca un enfrentamiento emocional si dichas conductas ocurren en una relación en la que previamente se ha hecho algún cumplido sobre otros aspectos de la conducta del individuo.

Niveles en cuanto a la profundidad del sentimiento positivo expresado

- Un primer nivel: expresar agrado o halagos ante cuestiones materiales y pertenencias personales. Por ejemplo: “llevas un suéter muy bonito”, “me gusta muchísimo tu coche nuevo”.

- Un segundo nivel: cuestiones de trabajo, desempeño o ejecución, y ya suele ser algo más complejo. “Has hecho un trabajo magnífico, el informe que presentaste en la reunión pasada me pareció brillante”.
- Tercer nivel: Aspectos íntimos o personales, donde estarían incluidos amigos, familiares y pareja: siempre que estoy contigo me lo paso fenomenal, te quiero mucho.

HACER CUMPLIDOS

Para hacer un cumplido debemos tener las siguientes habilidades:

- Habilidades de comunicación eficaz: Escuchar, saber expresar una opinión de un modo asertivo, dar instrucciones de una manera clara y precisa e iniciar y mantener una conversación con alguien desconocido.
- Iniciar los cumplidos con expresiones tales como: “¡Cómo me gusta...!” , “Me agrada...”, “Me satisface comprobar que...”.
- No utilizar comentarios generales: “Me gusta como vistes”, “Me agrada hablar contigo”, “Me satisface comprobar que has hecho un buen trabajo”.
- Matizar y detallar: “Me gusta tu forma de vestir porque llevas unos colores vivos y es un estilo moderno y cómodo”.

RECIBIR CUMPLIDOS

Al recibir cumplidos debemos poner en práctica las siguientes habilidades:

- Habilidades de escucha.
- No justificar o minimizar: “No ha sido para tanto”, “Si no me cuesta nada”, “El mérito no es sólo mío”.
- No sentirse obligado a responder con otro cumplido

DECIR QUE NO

Decir que no: rechazar una petición que no queremos aceptar.

No nos han educado para decir que no de una manera clara y honesta.

Miedo subyacente: nuestro interlocutor va a pensar algo negativo de nosotros, se enfadará o actuará en nuestra contra.

Tenemos derecho a decir no ante cualquier tipo de petición: ¿al cine?), a nivel personal (¿me acompañas a...?), peticiones sobre objetos o pertenencias (¿me prestas...?), peticiones donde sentimos que se está abusando de nosotros (ve tú a clase y pásame los apuntes),

peticiones que en otro momento aceptaríamos pero que en ese momento preferimos no aceptar sencillamente, cualquier tipo de petición que no queramos aceptar, incluidos consejos bienintencionados.

Cuando aceptamos una petición que nos gustaría rechazar, estamos violando nuestra propia integridad, estamos decidiendo que la otra persona es mucho más importante que nosotros, y que nuestras necesidades y deseos quedan en un segundo plano.

IMPORTANTE: romper el hábito de decir no poniendo excusas.

LA PROXIMIDAD Y EL DISTANCIAMIENTO

Espacio personal: aquel en el cual no pueden entrar otras personas cuando nos comunicamos con ellas.

Una cercanía excesiva puede ofender a la otra persona, ya que se puede sentir molesta o intimidada.

Un distanciamiento excesivo indica desinterés, desagrado, cercanía de peligro...

Tipos de distancia:

Íntima: 0 - 45 cm (situaciones íntimas)

Personal: 45- 120 cm (relaciones personales)

Social: 120 - 365 cm (relaciones sociales)

CÓMO DECIR EN SERIO QUE NO	
<p>1. SEA BREVE Conteste con pocas palabras, sea directo y evite irse por las ramas para justificarse.</p> <p>2. SEA EDUCADO Dele las gracias al contestar. <i>“No, lo siento, el martes no puedo ir a comer, pero de todos modos gracias por invitarme”</i>.</p> <p>3. NO PIERDA EL CONTROL Para suavizar la crudeza de una negativa rotunda, mantenga la calma, hable despacio y con amabilidad.</p>	<p>4. SEA SINCERO Frases sencillas como “M e cuesta mucho decirte esto” le puede ayudar a expresar los sentimientos difíciles sincera y abiertamente.</p> <p>5. DIGA QUE NO Y VÁYASE Si se queda, la gente quizá se confunda y lo interprete con inseguridad por su parte.</p> <p>6. PRACTIQUE Ensaye delante de un espejo lo que podría hacer si se encontrara en situación de negarse a algo; por ejemplo, a una petición de horas extras o a aceptar un compromiso familiar. Luego póngalo en práctica.</p>

VENTAJAS AL DECIR NO, CUANDO ES LO QUE QUEREMOS

- A. Se permite a los demás saber cuál es nuestra postura y cuáles son nuestros sentimientos.
- B. Se evita con mayor facilidad que la gente se aproveche de nosotros
- C. Se logra un sentimiento de satisfacción y bienestar al no tener que hacer algo que no queremos.
- D. Se favorece mayor probabilidad para que no nos vuelvan a pedir en el futuro que hagamos algo que no deseamos hacer.

INCONVENIENTES AL NO APRENDER A NEGARNOS O DECIR “NO”:

- A. Se puede terminar haciendo algo que no nos guste, lo que nos hará sentir enfadados, frustrados o descontentos.
- B. Se puede terminar haciendo algo que nos cree problemas.
- C. Se puede dar una impresión inadecuada a los demás sobre la clase de cosas que nos gusta hacer o nos pueden pedir en el futuro.
- D. Una vez que cedemos a la primera demanda, es más difícil negarnos en posteriores ocasiones, además de que, si lo hacemos, tenemos más probabilidades de hacerlo de modo agresivo, por la frustración y tensión interior acumulada y los demás no lo entenderán.

PASOS PARA HACER UNA CRÍTICA

1º. Definir objetivos

Estos objetivos han de ser dos primordialmente: cambiar la situación/conducta y no deteriorar la relación. Para ello debemos buscar el momento y lugar adecuado en el que poder introducir la crítica, y reforzar a la otra persona inmediatamente.

2º. Describir la situación/conducta

El modo ideal para comenzar a hacer una crítica, es describiendo la situación o la conducta que no nos ha gustado de la otra persona, utilizando, por ejemplo: “Cuando...”

3º. Expresar sentimientos en mensajes yo

Si hablo desde mi opinión y haciendo alusión a los sentimientos que en

mí ha provocado esa situación, la otra persona no activará sus defensas y escuchará de manera más abierta mi propuesta. Las frases a utilizar podrían ser: “Me siento...”, “Pienso que...”, “Creo que...”, etc.

4º. Expresar empatía

Si se puede, si la relación es íntima o personal, es buena idea ponerse en la posición del otro, es decir, intentar comprender por qué la otra persona está actuando de esa forma. Este elemento reduce las probabilidades de que el interlocutor reacciones negativamente hacia nosotros. Por ejemplo, “entiendo que estés agobiado por tu trabajo...”.

5º. Petición/sugerencia de cambio

Es la hora de hacer una propuesta, de forma que la otra persona vea tu interés y demuestres tu implicación, pidiendo su opinión. “¿Qué te parece si...?”.

6º. Reforzar al otro

Es algo sumamente importante que el interlocutor sienta la crítica no como un juicio, sino como intercambio de opiniones, en el que reforcemos el proceso seguido. De este modo, podríamos concluir diciéndole: “Me alegro...”, “Gracias...”, “Me gusta...”, “Te agradezco...”.

SOLICITAR CAMBIO DE CONDUCTA

Técnica de reforzamiento tipo sándwich

- Empezar destacando una cualidad relacionada con la conducta que queremos que el otro cambie.
- Decir cómo nos sentimos y en qué medida nos afecta la conducta que realiza. Es importante no culpar al otro, ni entrar en críticas o etiquetas. Sólo hablamos de nosotros y nuestros sentimientos relacionados con esa conducta.
- Proponer soluciones o alternativas de conducta. En este punto es importante llegar a un acuerdo sobre las soluciones, si es necesario mediante una negociación.
- Terminar de nuevo reforzando a la persona y dando un mensaje de optimismo sobre el cambio de la conducta.

Protocolo para recibir Críticas

1. Críticas que decido aceptar

Crítica apropiada en contenido y en forma (tanto en lo que dice como en cómo lo dice).

- Escuchar
- Acuerdo total
- Recompensar
- Compromiso de rectificar o pedir alternativas

Crítica procedente en contenido, pero no en forma.

ENFADO QUE DESARMA: consiste en bloquear el discurso de la otra persona con expresiones como estamos muy nerviosos, vamos a dejarlo y ya continuaremos en otro momento. En ocasiones, es probable que el primer efecto de esta técnica sea que la otra persona todavía se enfade más y use nuestra negativa a continuar hablando en estas condiciones como parte de sus argumentos descalificadores. No hay elección, solamente nos queda salir de la habitación.

- Escuchar
- Acuerdo total
- Recompensar
- Compromiso de rectificar

- Expresar sentimientos
- Sugerir cambios en la forma de expresar la crítica

Crítica improcedente en forma y confusa en contenido.

- Escuchar
- Pedir aclaración
- Recompensar aclaración
- Mostrar acuerdo
- Recompensar
- Compromiso de rectificar
- Expresar sentimientos
- Negar asertivamente imputaciones no adecuadas

Una de las técnicas que se utilizan para pedir aclaración es la INTERROGACIÓN NEGATIVA. En un alto porcentaje de críticas que recibas, la crítica estará expresada de una forma ambigua, imprecisa o descalificativa, por ejemplo: no me gusta nada tu trabajo, no hay quien te aguante últimamente, o el informe del otro día era un desastre. La interrogación negativa, expresada en preguntas como: qué es lo que no te ha gustado de mi trabajo, a qué te refieres exactamente, o podrías precisar qué es lo que no te gusto del informe, obliga al emisor de la crítica a concretar qué le disgusta de nuestro comportamiento o actuación.

2. Crítica que decido no aceptar por ser inapropiada e injusta

- Escuchar
- Negar asertivamente
- Expresar sentimientos
- Pedir o sugerir cambios

Cuando la crítica es malintencionada, podemos utilizar el BANCO DE NIEBLA, que consiste en poner una cortina de humo entre el interlocutor y nosotros mismos. Por ejemplo,

ante la crítica te han dejado un pelo horroroso, un banco de niebla podría ser: ya, comprendo que a ti no te guste.

Es muy importante controlar variables paralingüísticas y no verbales. La palabra clave es normalidad. El volumen y la entonación de la voz y el ritmo del habla, deben ser totalmente neutros, al igual que la expresividad del rostro.

Esta es la técnica menos asertiva, y por tanto la que menos tenemos que utilizar. El mensaje que subyace al banco de niebla en estos casos es esto no me afecta, ni siquiera me importa lo que estás diciendo.

ANEXO 2. Guía para personas de apoyo, de usuarios/as con trastorno mental.

**RECOMENDACIONES
PARA UNA BUENA
CONVIVENCIA**

**GUÍA PARA PERSONAS DE
APOYO, DE USUARIOS/AS CON
TRASTORNO MENTAL Y DEL
COMPORTAMIENTO**



**ELABORADO POR: IVÁN HERRERA
DURÁN**



RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA

**Cuando la persona
llegue, preséntese y
presente al personal
de la nueva
residencia.**



RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA

Haga un recorrido por el lugar, enséñele primeramente su habitación, donde puede guardar sus cosas y dígame que están muy contentos de recibirle y que este será su nuevo hogar.



RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA

Muéstrele los diferentes espacios de la residencia.

Explíqueme los espacios privados y los públicos. Así como, las reglas de convivencia.



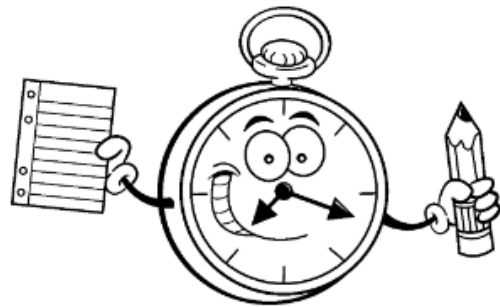
RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA

Preséntele a los/as
compañeros/as o
habitantes de la casa.
También a los vecinos (as)
y familiares cercanos.



RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA

Explíquela a la persona
la rutina diaria: la hora
de despertarse, la hora
de bañarse, el horario de
almuerzo, la rutina de la
mañana y tarde, la hora
de acostarse.



RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA



-Es normal que la persona extrañe su anterior hogar.

-Muéstrole que entiende sus sentimientos.

-Dele espacio para expresar ese dolor.

-Animela con actividades agradables y diferentes.

-pronto la persona se acostumbrará a su nueva casa y grupo o familia.

RECIBIENDO A UNA NUEVA PERSONA

Es normal que, durante las primeras semanas, la persona tenga cambios, de tiempo y espacio, pues está adaptándose.



ALGUNAS REGLAS BÁSICAS

Preste atención a la salud de la persona, tanto física como emocional.

Por ejemplo: el patrón de sueño y alimentación.

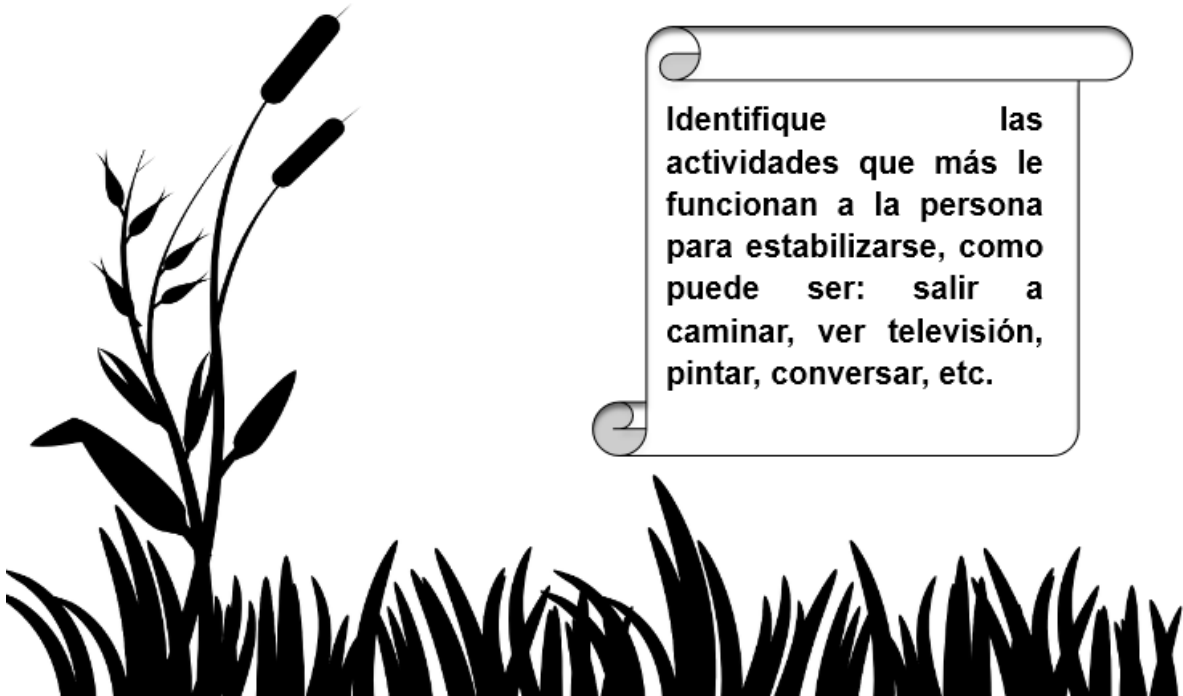


ALGUNAS REGLAS BÁSICAS



Toda conducta de la persona tiene un objetivo, trate de entender que es lo que quiere comunicarle la persona.

ALGUNAS REGLAS BÁSICAS



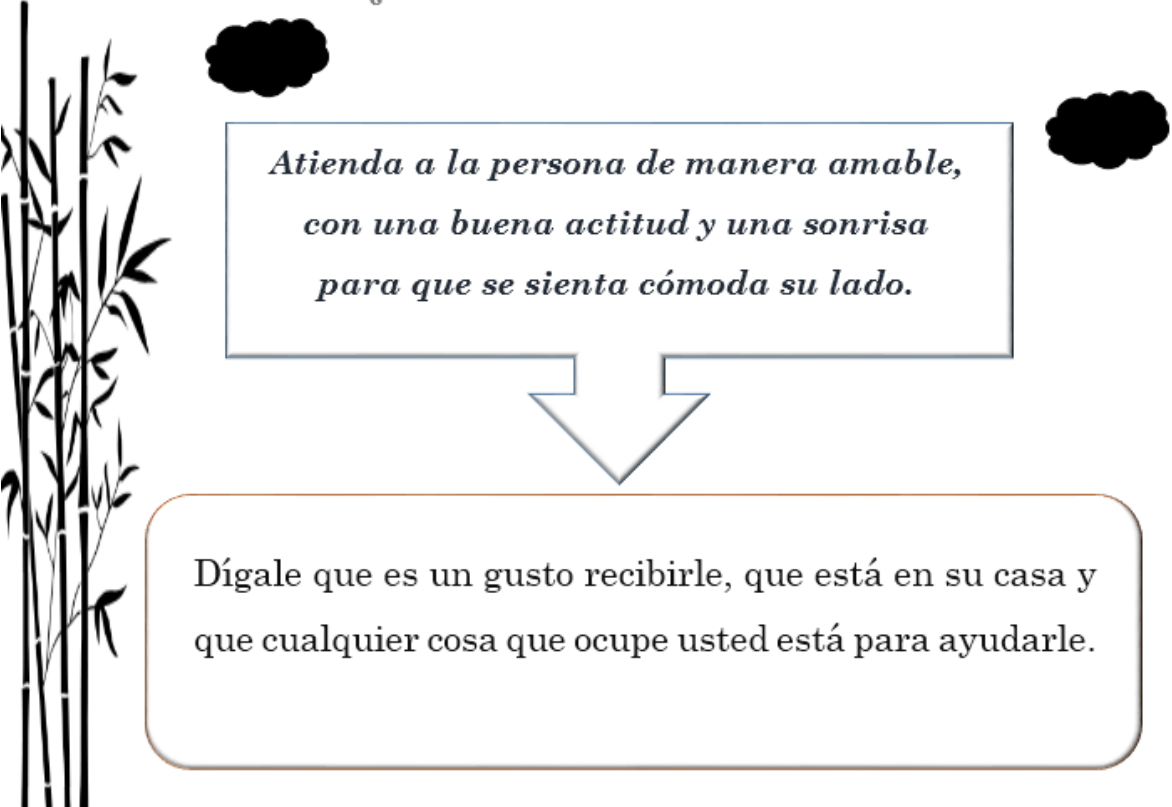
Identifique las actividades que más le funcionan a la persona para estabilizarse, como puede ser: salir a caminar, ver televisión, pintar, conversar, etc.

ALGUNAS REGLAS BÁSICAS

Mantenga una rutina, agradable, predecible y flexible, esto favorecerá la estabilidad de la persona.



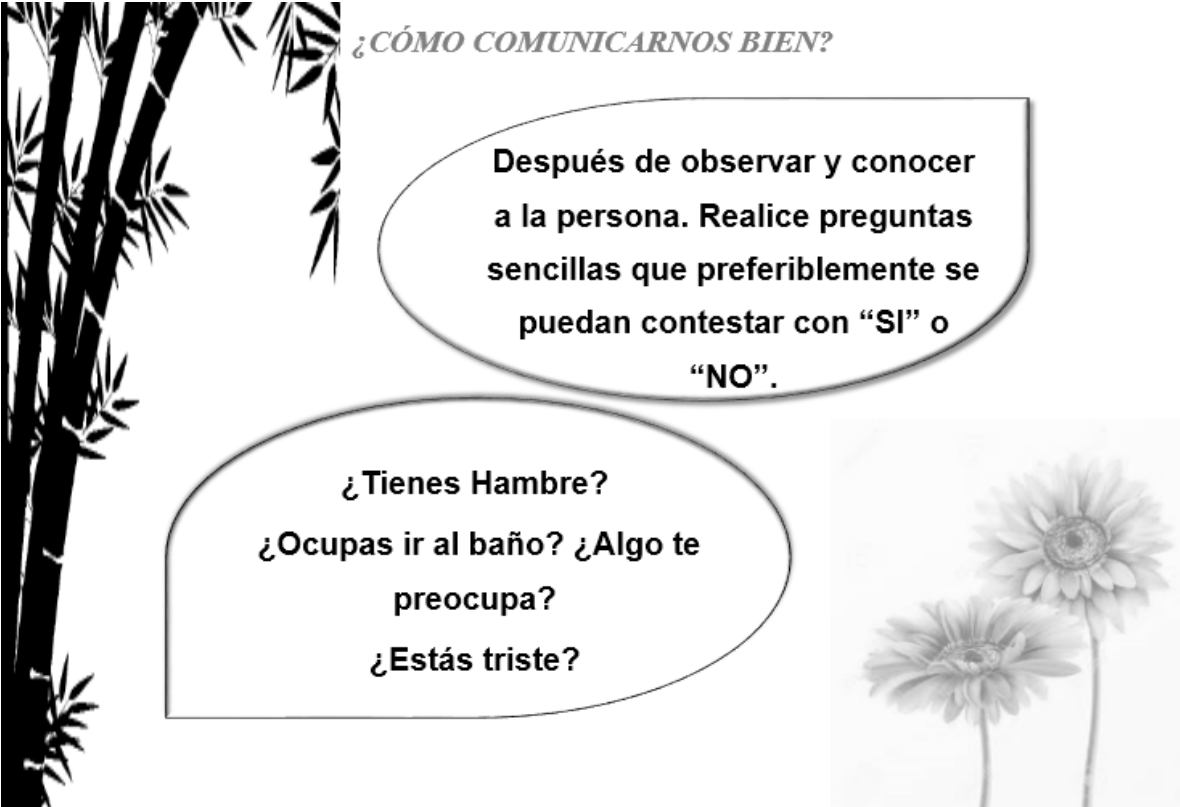
¿CÓMO COMUNICARNOS BIEN?



*Atienda a la persona de manera amable,
con una buena actitud y una sonrisa
para que se sienta cómoda su lado.*

Dígale que es un gusto recibirle, que está en su casa y que cualquier cosa que ocupe usted está para ayudarle.

¿CÓMO COMUNICARNOS BIEN?



Después de observar y conocer a la persona. Realice preguntas sencillas que preferiblemente se puedan contestar con “SI” o “NO”.

¿Tienes Hambre?
¿Ocupas ir al baño? ¿Algo te preocupa?
¿Estás triste?

¿CÓMO COMUNICARNOS BIEN?

Háblele despacio y con claridad, con un tono de voz medio y utilizando oraciones muy sencillas.



Por ejemplo: Es la hora de bañarse, iremos alistando su ropa, dígame si ocupa ayuda con algo.



¿CÓMO COMUNICARNOS BIEN?

Tenga paciencia mientras la persona le contesta y ponga mucha atención a todas las señales que esta haga.



Por ejemplo: Cada persona tiene una manera de pedir las cosas, que puede ser con palabras o gestos. Si la persona no se comunica verbalmente lo hará por otros medios. Como señalando con el dedo.

¿CÓMO COMUNICARNOS BIEN?

Anticipe a la persona la rutina diaria y semanal.

Explíquelo paso a paso las actividades diarias y semanales.

Por ejemplo: para irse a lavar los dientes primero puede pedirle que le acompañe al baño, luego mostrarle como poner la pasta en el cepillo y por último supervisar que se lave los dientes de manera adecuada.



¿CÓMO COMUNICARNOS BIEN?

En el transcurso de las rutinas, responda con amabilidad ante las conductas de la persona.

Sus expresiones son muy importantes.

Por ejemplo: entiendo que estás enojada, te parece si vamos a caminar un rato para que te relajes o prefieres quedarte aquí y pintar un rato.



RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR RESPUESTAS DE LA PERSONA

IDENTIFIQUE LAS RESPUESTAS POR CAMBIAR

Para intentar cambiar las respuestas de la persona, debe tratarse de un acto que le lastima o lastima a otros y es realmente muy problemático. Por eso merece ser modificado.



RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR RESPUESTAS DE LA PERSONA

ASLAMIENTO SOCIAL

- Pregúntele de manera respetuosa si le sucede algo.
- Valide los sentimientos de la persona.
- Puede ser algo pequeño, pero muy importante para el o ella.
- Trate de comprenderla y ayúdele a buscar alternativas.



RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR RESPUESTAS DE LA PERSONA

LA PERSONA RESPONDE VIOLENTAMENTE

- Trate de conversar con él o ella.
- Identifique la fuente del malestar o el problema.
- Expresé su disponibilidad y deseo de ayudar.
- propicie que la persona logre tranquilizarse.
- Busque alternativas de solución e impleméntelas.
- Si la persona sigue mal, enojada, gritando o golpeando, intente ubicarla en un lugar donde este protegido y se tranquilice.
- Luego converse con la persona para buscar alternativas de solución y evitar que se repita la situación.



RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR RESPUESTAS DE LA PERSONA

LA PERSONA NO ACATA LAS REGLAS O NO PARTICIPA EN GRUPO

- Identifique la regla o reglas que la persona no está cumpliendo.
- Converse con la persona para tratar de motivarla y explicarle la importancia de las reglas o actividades.
- Revise limitaciones o situaciones que bloquean su participación.
- Incentive y motive a la persona a través de los beneficios materiales o sociales derivados de participar.



RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR RESPUESTAS DE LA PERSONA

PREMIAR LAS BUENAS CONDUCTAS

Es muy importante notar, premiar y señalar las buenas conductas, cada vez que se presentan. Puede hacerlo de la siguiente forma:

- Felicitate a la persona en privado y en público.
- Dele pequeños premios como: dulces o postales.
- mantenga a la persona motivada con la expectativa de alcanzar otro premio en cierto tiempo.



RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR RESPUESTAS DE LA PERSONA

ELIMINAR CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

-Expresar directamente a la persona, desde un inicio las cosas que no están permitidas. Por ejemplo: robar, gritar, golpear, salir sin permiso, empujar.

-Cuando se presente la situación, expresar directa y respetuosamente su dolor por lo sucedido. Manteniendo la calma en todo momento.

-Proceda a establecer una consecuencia natural derivada de la regla no cumplida y proporcional a lo sucedido.

-Por ejemplo: mantenga distancia afectiva unos momentos, limite el acceso a los premios o bien, establezca actividades que la persona debe hacer para compensar, como disculparse o comprometerse a hacer cambios.



ANEXO 3. INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA

INFORME DE EVALUACIÓN NEURO-PSICOLÓGICA

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

1.1. Nombre: HRG

1.2. Número de identificación: X-XXXX-XXXX

1.3. Edad: 71 años

1.4. Lugar de residencia: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

1.5. Fecha de evaluación: julio del 2019

2. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Paciente referido para aclarar cuadro con evaluación neuropsicológica, tras accidentes cerebro vascular hace dos años. Usuario de la Consulta Externa de Psicología.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1. Entrevista Clínica al usuario

3.2. Entrevista clínica a la hermana del usuario

3.3. Entrevista telefónica a encargada del albergue XXXX XXXXXX, “XXXXX”, persona de apoyo.

3.4. Observación Conductual del usuario.

3.5. Test Proyectivo Casa- Árbol-Persona (H.T.P)

4. EXAMEN MENTAL

Masculino de 71 años, aparenta menor edad cronológica, es de estatura media, tez blanca, con secreción mucosa evidente en la nariz, viste camisa con diseño de palmeras pequeñas, boina colocada de medio lado y porta gafas oscuras. Presenta temblor en la extremidad superior derecha, con movimientos oculares y de cabeza en varias direcciones, pero intenta mantener contacto visual con el entrevistador. Evidente inquietud psicomotriz, (acatisia), aquejando dolor de cadera. Orientado en las tres esferas, hipo-tenaz, hiper-vigil, normo-búlico. Colabora con la entrevista y hace halagos al suscrito: “usted se ve muy inteligente” “usted está en todas”. Usuario inadecuado a nivel de relaciones con terceros, “confianzado”. Con afecto hacia la eutimia, sin I.S sin I.H, pero acumula sentimientos de frustración e impotencia. Pensamiento tangencial, disgregado, perseverante y pueril. Impresiona presentar hiper-percepción sensorial de tipo orgánico “yo lo veo a usted, pero con este otro ojo veo para allá, estoy en todo lado, todo me entra y no le entiendo”. Lenguaje español, tono de voz alto, de expresión popular y cargado de anacronismos: “estoy en todas bichillo”, “esos viejos si son brutos”, “yo soy un marihuanaso”. Impresiona con afasia de Broca, perseverante con la expresión: “dedo” y es incapaz denominar sustantivos, recurre a señas naturales para favorecer la comunicación., cálculo comprometido, memoria no valorable, juicio debilitado, leve consciencia de enfermedad, información confiable.

5. RESUMEN DEL CASO

Masculino de 71 años, proviene de un sistema familiar conformado por la madre, (fallecida hace 08 años), quien era vecina de San Carlos y migró a la Ciudad; alrededor de los 20 años procreó al usuario. Luego tuvo una relación de pareja, en la cual, su compañero hizo las veces

de padrastro de don HRG, (fallecido). Tiene una hermana menor de madre, (D. de 62 años). Con historia de haber sido muy sobreprotegido por la madre y una “nana”. Desarrollo psicomotor sin alteraciones, buen desempeño académico.

Inició con alteraciones de conducta a los 14 años, tras un cambio de centro educativo, inició con consumo de sustancias psicoactivas, ausentismo del centro educativo, asistencia a espacios sociales de riesgo, como bares, salas de pool, etc. Bajo desempeño académico general, pero “siempre pasaba en la convocatoria”.

Seguidamente ingresó a la Universidad de Costa Rica cuando su hermana también lo hizo, pero desertó rápidamente. Hizo su carrera laboral en el Poder Judicial como notificador. Con historia de consumo de licor en patrón esporádico de llegar hasta la embriaguez.

Actualmente, es soltero, vive en el Albergue XXXXXXXXXXXX, ubicado en XXXXXXXXXXXX Hasta hace dos años vivía solo en su casa de habitación de su hermana; en este lugar sufrió un accidente cerebro vascular y su pariente refiere que cuando entraron a la vivienda encontraron todo tipo de drogas. Con antecedentes de adicción a sustancias, adicción a los juegos de azar e historia de conductas de riesgo a nivel sexual.

Anterior a su accidente cerebrovascular el usuario mantenía una vida con un alto nivel de actividad social, describiendo el mismo y su hermana un patrón de salidas a bares, casinos entre otros, y el involucramiento con “muchas mujeres y un compañero que siempre lo llegaba a buscar”.

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se encuentra mediada por las condiciones actuales del usuario y las dificultades del mismo a la hora de realizar las tareas de evaluación. Fue posible únicamente aplicar el test proyectivo Casa-Arbol-Persona. Por esta razón, se realizó una aproximación cualitativa al caso.

Durante la evaluación el pensamiento de Don HRG se mantiene tangencial, rara vez responde de manera adecuada a las preguntas que se le hacen, y más bien su discurso parece automatizado, de tal forma que, persevera alrededor de los mismos temas y los repite, mencionando un mismo tópico hasta cinco veces durante la entrevista y ante distintas preguntas, las cuales parece no comprender.

El contenido del pensamiento es pueril, se basa en temas muy sencillos que guardan relación con una historia de vida llena de excesos, habla constantemente de los juegos de azar y del billar, y lo comunica con un lenguaje popular.

De primera entrada, don HRG parece desorientado, sin embargo, durante el transcurso de la entrevista, da prueba de estar orientado en las tres esferas, sabe perfectamente el lugar en el que se encuentra y el lugar donde vive, es capaz de ubicarse en tiempo y ubicar cronológicamente sucesos de su vida, como el accidente cerebro vascular y además, está orientado en persona describiéndose a sí mismo y sus datos personales.

La persona de apoyo del Hogar XXXXXXXXX, afirma que el usuario presenta un patrón de sueño irregular, se le dificulta conciliar el sueño y en otras ocasiones se levanta en horas de la madrugada a bañarse y se vuelve a acostar y dormir.

Los recursos atencionales están comprometidos, el usuario refiere no comprender o no captar las indicaciones, pues, percibe muchos estímulos de forma simultánea y no logra escindir su atención -sus procesos de atención selectiva se encuentran afectados-.

El usuario muestra una clara dificultad a nivel de funciones ejecutivas, las cuales se asocian con tareas como planificar y orientar el comportamiento para adaptarse a demandas ambientales. Don HRG no es capaz de organizar su discurso ni de comprender indicaciones. Además, su comportamiento es inadecuado, de entrada, desinhibido, con expresiones burdas y “confianzudas” que no van acorde con una primera entrevista clínica. El personal del albergue donde don HRG habita refiere que tiene un pobre control de impulsos, se enoja fácilmente y levanta la voz; incluso en dos ocasiones ha agredido a un miembro del personal.

Los procesos de lenguaje están afectados gravemente, el usuario impresiona tener una afasia de Broca, que afecta principalmente el área de lenguaje expresivo, mostrando una clara dificultad para expresar sus ideas, para articular oraciones y nombrar sustantivos; en este caso, el usuario muestra una clara intencionalidad de referirse a una actividad como “el billar” sin embargo, ante la incapacidad de expresarla verbalmente recurre a hacer señales para darse a comprender. A nivel receptivo don HRG impresiona no comprender muchas de las premisas que se le comunican y da respuestas que no tienen relación alguna con el mensaje, sin embargo, esto también puede ser producto de un déficit de recursos atencionales.

La lectoescritura también se encuentra comprometida, al presentársele una pequeña frase sencilla del test Neuropsi para que la copiara en un papel, realizó vagos intentos por leer lo que decía la frase, pasando el lápiz una y otra vez sobre esta, sin lograr comprender el texto, y en lugar de esto dibujó un árbol. Así mismo, durante la evaluación escribió únicamente su

nombre, lo cual hizo con marcada dificultad, ya que, mantiene un temblor permanente en su mano derecha.

Los procesos de memoria del usuario no fueron evaluados por medio de pruebas psicométricas, sin embargo, impresiona mantener conservada su capacidad de memoria a largo plazo, describiendo naturalmente hechos biográficos, y hechos recientes de su cotidianidad en el albergue. En cuanto a la memoria de trabajo don HRG muestra una afectación, donde no consigue manejar varios bloques de información al mismo tiempo, lo cual se demuestra con su dificultad para comprender el hilo de la entrevista.

Durante la evaluación el afecto de Don HRG cursa eutímico, se mantiene estable, sin embargo, refiere sentirse mal en el albergue, pues es una persona caracterizada por su energía y actualmente en el centro se mantiene pasivo, percibe una discordancia entre él y sus compañeros, los cuales refiere “pasan durmiendo” y no están dispuestos a realizar actividades conjuntas.

El usuario impresiona tener un nivel muy bajo de tolerancia a la frustración, al mostrársele una oración para ser copiada y sentirse incapaz de hacerlo, mostró signos claros de incomodidad, y emitió frases como; “pero que es lo que quiere que haga?, ¿qué le hago?, ¿qué le hago?” y finalmente, dibujó un árbol después de intentar fallidamente comprender la frase escrita.

Este factor conductual indica que, ante la dificultad de emprender una tarea, el usuario opta por ignorar la indicación y claudicar en el intento, procediendo a realizar cosas que le son más fáciles pero que no le significan un reto.

Además, en el albergue señalaron que exige ser el primero en ser atendido y se frustra al no ganar en los juegos compartidos, y responde con conductas disruptivas, gritando o protestando al dejar de comer.

El usuario impresiona tener un buen vínculo con su hermana menor, que le acompaña a sus citas y a la cual el describe como “un ángel”. Dispone de buenas habilidades sociales, sin embargo, parece mantener una relación conflictiva con los compañeros del albergue, debido a que el señor es bastante activo y se molesta cuando sus compañeros- que según información brindada están en un estado mayor de deterioro- y no responden como él quisiera.

Don HRG mantiene un buen concepto de sí mismo, dice que es muy bueno para muchas cosas, como dibujar “obras de arte” o ser el mejor en todos los juegos como el billar y el póker. Además, sostiene la idea de ser muy diferente a sus compañeros del albergue: “mientras ellos están durmiendo, yo disfruto de la lluvia”, “yo no sirvo para estar ahí tirado como un vegetal” al tener un objeto en la vida.

Los resultados del Test proyectivo H.T.P, permiten describir a don HRG como una persona ansiosa, lábil, con respuestas inadecuadas y una preocupación o conflicto respecto a la sexualidad y el género.

Este concepto impresiona ser concordante con su historia de vida y mantenerse como su estado basal.

En cuanto a su personalidad, el usuario impresiona con rasgos que van del narcisismo al histrionismo, se caracteriza como “un marihuanaso”, pero minimizando el contenido, mostrándolo más como un logro.

A pesar de esto, el usuario reconoce las consecuencias de algunas conductas, pero al mismo tiempo atribuye su problemática actual al accidente cerebro vascular; “yo venía bien hasta que me pasó esto”.

Cuenta con el apoyo de su hermana y una pensión que le permite sufragar sus gastos. A continuación, las conclusiones del caso evaluado.

7. CONCLUSIONES

- Usuario con historia de adicción a sustancias psicoactivas, a saber: cannabis, cocaína y alcohol.
- Historia reciente de accidente cerebro vascular con marcadas secuelas a nivel verbal y motor. Hace dos años.
- Problemática de convivencia en el albergue donde habita debido a conductas disruptivas.

8. RECOMENDACIONES

- Guiar el proceso psicoterapéutico hacia el manejo de la tolerancia a la frustración y la adherencia a procesos de rehabilitación.
- Realizar procesos de rehabilitación cognitiva que potencien primeramente las áreas de lecto-escritura y las funciones ejecutivas.
- Iniciar procesos en terapia física con la finalidad de reducir las secuelas, especialmente el temblor en la extremidad superior derecha.
- Iniciar procesos en terapia de lenguaje, tanto en expresión como en comprensión.

- Facilitar métodos de compensación, a saber, comunicación por señas (LESCO) u otras técnicas que propicien un mejor funcionamiento del usuario, estrategias alternativas y aumentativas.
- Mantener estricto control con Psiquiatría, debido al perfil neuro-psiquiátrico.

Elaborado por:
Bach. Iván Herrera Durán
Identificación: B23265
Licenciatura en Psicología
Universidad de Costa Rica

Supervisado por:
Dra. Marjorie Moreno Salas
Especialista en Psicología Clínica
Código profesional: 5043

ANEXO # 4. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO CASIC DE USUARIO DE CONSULTA EXTERNA.

**PERFIL DE FUNCIONAMIENTO CASIC: CHARLIE FERNÁNDEZ VARGAS
PRIMERA CITA, 29 DE JULIO DEL 2019, 1:00 P.M.**

MOTIVO DE CONSULTA: masculino de 32 años, vecino de la Unión de Tres Ríos, casado, separado desde enero del 2019. Funcionario público, tiene dos hijos de 07 años y 05 años, un varón y una niña respectivamente. Actualmente, él reside con su familia de origen, sin embargo, esta vivienda se encuentra a escasos metros de donde vivía con su expareja.
Usuario referido en julio de los corrientes para atención en consulta externa por el Dr. Jorge Núñez, con sintomatología mixta derivada del trastorno de adaptación por la ruptura amorosa.

ÁREA	SÍNTOMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	EVOLUCIÓN CLÍNICA
CONDUCTUAL	-“Acoso a mi expareja en el colegio”, la sigue e intenta encontrarse con ella en espacios públicos. -Realiza ejercicio excesivo, con la “idea de hacerse daño”. -Vigila la actividad de su expareja en las redes sociales, se mete desde otros perfiles, busca fotos de ella. “Ella me bloqueó de Facebook, pero sigo intentando ver sus cosas”.	Escucha Activa Asignación de tareas para el hogar.	No aplica
AFECTIVO	-Hipotimia: “se siente lábil, triste, quiere llorar y no puede, no se puede concentrar en nada”. -Desesperanza, “pienso que las cosas no van a mejorar, que siempre voy a seguir así”, “pienso que nada tiene sentido, que mejor desaparecer, a veces me quedo viendo la pista y pienso en tirarme”. -Ansiedad: “me da ansiedad, me siento que no puedo dormir, paso pensando”.	Escucha activa Validación de sentimientos	

SOMÁTICO	-Insomnio, “me cuesta dormir”.		

	-Astenia, “no tengo ganas de hacer nada, paso metido en la casa, no salgo con nadie, ni quiero hacer nada”.	Usuario con tratamiento farmacológico indicado por médico psiquiatra.	
	-Sensación de dificultades respiratorias: “siento que me ahogo, que me falta el aire”.		
INTERPERSONAL *	-Aislamiento social, “ya no salgo, no tengo ganas de nada, solo voy al trabajo y del trabajo a la casa”.		
	-“Acoso a su expareja en el colegio”, la sigue e intenta encontrarse con ella en espacios públicos.	Se enlistaron actividades de autocuidado	
	-Ejercicio excesivo, con la “idea de hacerse daño”.		
	-Vigilancia de la actividad de su expareja en las redes sociales, se mete desde otros perfiles, busca fotos de ella. “ella me bloqueó de Facebook, pero sigo intentando ver sus cosas”.		
COGNITIVO	Rumiación cognitiva y pensamientos intrusivos, “me entran pensamientos de que ya no vale la pena seguir viviendo y paso pensando solamente en ella”.	Detección de pensamientos disfuncionales y reestructuración cognitiva.	
ÁREA LEGAL	-Cubre la manutención de sus hijos.	Psicoeducación general sobre el área legal-familiar.	
	-El vivir tan cerca de su expareja es un factor de riesgo ante la posibilidad de medidas de restricción.		

AMBIENTA/LABORAL	-Estudia en el mismo colegio que la expareja lo cual le provoca malestar: “verla a ella me hace sentir mal, triste, decaído”.	Validación de sentimientos. Escucha Activa	
-------------------------	---	---	--

TERAPIA DE CRISIS
SEGUNDA CITA: 06 DE AGOSTO DEL 2019, 1:00 PM

ÁREA	EVOLUCION CLÍNICA	SÍNTOMAS DE LA PRESENTE SESIÓN	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
CONDUCTUAL	Reducción de las llamadas telefónicas hechas a su expareja. Pasando de un patrón de llamadas diarias a solo dos llamadas en la última semana. “la semana pasada la llamé 06 días seguidos, varias veces seguidas y esta semana solo la llamé dos veces”.	Sigue a su expareja en el colegio: “yo ando por todas partes para ver si me la encuentro y ver con quien esta”	Ensayo de comportamiento en el colegio.
AFECTIVO	Leve mejoría afectiva, se muestra reflexivo pero con mucha constricción del dolor.	Hipotimia Desesperanza: “siento que si no es con ella no puedo seguir”.	Psicoeducación sobre la ruptura de pareja, y el duelo que acarrea. Psicoeducación sobre los roles que él ejerce como persona: expareja, empleado, hijo, padre.
SOMÁTICO	En igual condición de la sesión anterior.	-Insomnio, “me cuesta dormir”. -Astenia, “no tengo ganas de hacer nada, paso metido en la casa, no salgo con nadie, ni quiero hacer nada”. -Sensación de dificultades respiratorias “siento que me ahogo, que me falta el aire”.	Escucha activa Psicoeducación sobre la higiene del sueño.
INTERPERSONAL (familia y expareja)	En igual condición.	Aislamiento social	Entrenamiento en habilidades interpersonales e integración de actividades de ocio, en las cuales

		Conflictiva con el hijo mayor.	primeramente se enfoque en disfrutar de su propia presencia.
COGNITIVO	En igual condición	Pensamientos intrusivos. Rumiación cognitiva “siento que no vale la pena vivir si no es con ella”.	Detección de pensamientos disfuncionales y reestructuración cognitiva. Énfasis en el mecanismo de idealización.
AMBIENTA/LABORAL	En igual condición	Estudia en el mismo colegio que la expareja lo cual le provoca malestar, “ver a la persona”.	Ensayo de comportamiento en el colegio y autorregulación.

TERAPIA DE CRISIS
TERCERA CITA: 14 DE AGOSTO DEL 2019, 1:00 PM

ÁREA	EVOLUCION CLÍNICA	SÍNTOMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
CONDUCTUAL	Ha dejado de seguir a su ex pareja en el colegio.	-Aislamiento social: “paso metido en mi casa, voy de la casa al trabajo y del trabajo a la casa”. -Impulso de adquirir un préstamo de vivienda e irse a vivir solo a un lugar alejado.	Entrenamiento en habilidades sociales y ensayos de comportamiento.
AFECTIVO	Marcada mejoría en el área afectiva. Sin embargo, prevalecen sentimientos de tristeza sobre la separación: “me cuesta mucho aceptar que ya no estamos, aunque es evidente que se terminó”.	-Tristeza -Decaimiento -Ambivalencia.	Manejo de emociones Escucha activa Metáforas terapéuticas
SOMÁTICO	Mejoría clínica, niega los síntomas previamente.	Dice: “creo que por el medicamento no puedo llorar, como que quiero llorar y no puedo”.	Psicoeducación en torno al proceso de la farmacoterapia.
INTERPERSONAL	Realiza actividades deportivas y de ocio con su hermano.	Niega síntomas al momento de la atención.	Reforzamiento del cambio conductual.
COGNITIVO	Reflexivo y crítico respecto a su antigua relación de pareja y la ruptura.	Rumiación cognitiva catastrófica respecto al miedo de que la esposa eventualmente “le quite los hijos” o inicie un proceso de pensión alimentaria.	Debate socrático sobre sus pensamientos distorsionados. Psicoeducación sobre los aspectos legales de la separación.

Visualización afrentamiento posibles medidas legales.			de alternativas de saludable frente a
---	--	--	--

Nota. El usuario cuenta con el permiso de su jefatura para asistir a las citas y ello es un factor que permite su asistencia a los servicios de salud.

TERAPIA DE CRISIS
CUARTA CITA: 20 DE AGOSTO DEL 2019, 1:00 PM

ÁREA	EVOLUCION CLÍNICA	SÍNTOMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
AFECTIVO	Re-agudización de la sintomatología afectiva: “esta semana siento que volví a estar igual”.	-Hipotimia. -Angustia -Frustración y dolor: “yo pensé que como nos habíamos acercado podía pasar algo pero ella me devolvió a la realidad”.	Escucha activa Validación de sentimientos Psico-educación sobre el proceso de duelo y su avance. Orientación anticipatoria
SOMÁTICO	Presencia de síntomas como mal patrón de sueño.	-“Me he sentido muy mal el fin de semana, pase sin dormir y muy triste”	Espacio de catarsis respecto a la frustración y el dolor. Escucha activa.
INTERPERSONAL	Dificultades respecto a la parentalidad, “no sé qué hacer con mi hijo que tiene problemas en la escuela, no sé cómo hablarle, no sé cómo tratarlo”.	-Sentimiento de incapacidad para acompañar al hijo, quien presenta trastornos de conducta en la escuela.	Validación de sentimientos Psicoeducación sobre el rol paterno. Terapia indirecta para favorecer el acompañamiento de la PME.
COGNITIVO	Pensamientos irracionales de culpa. “Yo pienso que talvez podemos regresar, pero ahora me siento peor, pienso que nada va a mejorar y que soy un tonto por ilusionarme”.	-Pensamientos intrusivos -Rumiación cognitiva -Ideas de muerte	Abordaje de las ideas de muerte y auto-regulación emocional. Ejercicios de atención plena. Se favorece el centrarse en el aquí y el ahora. Técnicas de comunicación asertiva

			Técnicas de resolución de problemas para el acercamiento con su ex pareja.
ACADEMICO	Estudia en el mismo colegio que la expareja y ella al parecer “ha optado por ignorarlo”.	-Ha tenido encuentros con su expareja en el colegio en los cuales ella lo ignora y “se siente mal”.	Visualización de alternativas de afrontamiento saludables frente a posibles encuentros y el distanciamiento de esta persona.

TERAPIA DE CRISIS
QUINTA CITA: 29 DE AGOSTO DEL 2019, 1:00 PM

ÁREA	EVOLUCIÓN CLÍNICA	SÍNTOMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
CONDUCTUAL	Estable en términos generales.	-Frasas no asertivas a sus hijos “su mamá seguro anda con otro”.	Estrategias de auto-regulación y control de impulsos.
AFECTIVO	Clara y marcada mejoría en el área afectiva, en contacto con sus emociones.	-Ansiedad anticipatoria. -Tristeza	Contención emocional Validación de sentimientos Escucha activa. Ejercicios de visualización centrados en el afrontamiento de las decisiones de la expareja.
SOMÁTICO	Con síntomas fluctuantes de inquietud, agitación.	-Inquietud	Ejercicios de atención plena, “observar y describir sin juzgar”.
INTERPERSONAL	Mayor cercanía con el hijo de 07 años. Sensación de haber mejorado la comunicación con el niño.	-Preocupación respeto a los cambios de conducta en el hijo de 07 años: “responde feo, no le importa nada”.	Psicoeducación sobre el patrón de crianza y las secuelas de la violencia intrafamiliar, “yo antes le pagaba, le gritaba, lo trataba mal, ya no”.
COGNITIVO	Presencia de pensamientos celotípicos.	-Rumiación cognitiva que gira en torno a la celotipia: “paso pensando en cuando ella este con otro y yo voy a estar solo”.	Ejercicios de atención plena, “observar y describir sin juzgar”. Orientación anticipatoria

TERAPIA DE CRISIS
SEXTA CITA: 03 DE SETIEMBRE DEL 2019, 1:00 PM

ÁREA	EVOLUCIÓN CLÍNICA	SÍNTOMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
CONDUCTUAL	Estable en términos generales. Mejor comunicación con su hijo y ex pareja.	-Entrega de la mayor parte de su dinero a su ex pareja como estrategia para acercarse a ella.	Metáfora referida al autocuidado y equilibrio entre el dar y recibir.
AFECTIVO	El usuario se encuentra eufémico.	-Elementos de dependencia afectiva a su ex pareja: “yo aún guardo mucha esperanza de volver con ella, pero ya acepto que no estamos juntos”.	Metáfora referida al proceso de separación y autocuidado.
SOMÁTICO	No expresa ninguna sintomatología al respecto.	No expresa ninguna sintomatología al respecto.	No aplica
INTERPERSONAL	Ha mejorado la relación con su hijo.	-Preocupación, ya que su hijo solo se comporta bien en su casa.	Psicoeducación sobre el rol paterno. Terapia indirecta para favorecer el acompañamiento de la PME.
COGNITIVO	Usuario consciente de sus pensamientos disfuncionales pero con dificultad para reestructurarlos.	-Creencia central de dependencia: “yo soy un hombre que tiene valor, en tanto supla las necesidades materiales de ella”.	Psicoeducación sobre la masculinidad hegemónica y nuevas masculinidades.
ÁREA LEGAL	Mayores procesos de aceptación de la ruptura de pareja.	-Preocupación, en tanto: “ella me habló de divorcio”.	Psicoeducación sobre el proceso de divorcio. Contención emocional.

TERAPIA DE CRISIS
SÉPTIMA CITA: 10 DE SETIEMBRE DEL 2019, 1:00 PM
CIERRE DEL PROCESO

ÁREA	EVOLUCIÓN CLÍNICA	SÍNTOMAS	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
CONDUCTUAL	Marcada mejoría en la comunicación con su ex pareja e hijos, “ya ella me habla bien eso me tiene contento, no es grosera”. Conductas de cuidado personal: “paso más tiempo conmigo mismo”	-Baja conducta social “no salgo mucho, no siento muchas ganas y todo mi dinero me lo gasto en ellos”.	Entrenamiento en habilidades inter e intrapersonales.
AFECTIVO	Afecto eufémico. Congruencia afectiva con su etapa de vida: “ a veces me dan ganas de llorar pero siento que está bien”	-Leves sentimientos de dependencia: “yo aún mantengo la esperanza de volver con ella”.	Contención psicológica Reestructuración cognitiva
SOMÁTICO	Refiere tener un buen patrón de sueño.	-Usuario que reporta mejoría en esta área, con momentos en los cuales llora: “pero me siento bien de llorar”.	Validación y reforzamiento de la expresión de emociones de forma saludable.
INTER-PERSONAL	Se relaciona de forma saludable con todas las personas de su entorno.	-Refiere una buena relación con su ex pareja, pero según él, priva el interés económico de ella: “yo sé que quiero acercarme a ella de esa forma”.	Ensayos del comportamiento, cuidar de otros y cuidar de él.

COGNITIVO	Con mayor comprensión y crítica sobre los pensamientos irracionales que mantiene.	Pensamientos anticipatorios: “el sábado ella tiene su graduación, no me invitó a pensar de que yo le compré el vestido, yo sé que va ser una larga noche para mí”.	Reestructuración cognitiva.
ACADÉMICO	Mantiene metas laborales y académicas: “quiero estudiar para tener el puesto de mi jefe”.	Usuario no refiere ninguna sintomatología en esta área.	Elogios terapéuticos

CIERRE DEL CASO

En la sesión del 10 de setiembre se realizó el cierre de la terapia de crisis. Se realizó una actividad gráfica de evaluación, el usuario expresó por medio del dibujo libre, como se sentía al iniciar el proceso y cómo se siente ahora al finalizarlo. Señaló que en un principio se sentía solo, con todo el peso de la culpa sobre él y dibujó un “ahorcado”, indicó: “solo me quedaba morir”. Al momento del cierre, dice ya no sentirse solo, pues recibió ayuda profesional. Ahora se propone “estar tranquilo y sobrellevar la situación”. Se encuentra motivado para seguir haciendo cambios, incluso habló de cursar una carrera universitaria.

El usuario actualmente se encuentra eufórico, y es proactivo. El proceso de duelo actualmente está en la fase de aceptación. La ideación suicida ha cesado por completo. Ha mejorado su patrón de relaciones interpersonales, específicamente con la expareja y los hijos.

Recomendaciones:

- Dar seguimiento a la expectativa fluctuante de regresar con la expareja.
- Favorecer el autocuidado y protección personal, ya que tienden a suplir las necesidades materiales de la expareja y descuida las propias.
- Reforzar la regulación emocional, en tanto, en ocasiones se decae por situaciones que enfrente con la expareja.
- Acompañamiento al rol paterno, pues está haciendo cambios y anteriormente su estilo de crianza era autoritario. Está tratando de implementar elementos de disciplina positiva, pero tiene dificultades para ello.

ANEXO # 5. EVALUACIONES TRIMESTRALES DE LA SUPERVISORA

CALIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA

11 DE MARZO DEL 2019

Instrucciones: puntué entre 1 y 10 cada uno de los ítems propuestos, o bien anote NA, (no aplica).

RUBROS	Puntaje
1. Puntualidad. Llegar al Hospital a la hora indicada.	10
2. Presentación personal. Vestir ropa formal y presentarse siempre con gabacha.	10
3. Manejo ético de la información por parte del/la estudiante. Registro adecuado, lectura y consulta respetuosa y ética de los datos del usuario y su historia clínica.	09
4. Conocimientos generales sobre rehabilitación psicosocial, psicopatología, evaluación y psicoterapia. El estudiante tiene un bagaje amplia sobre modelos teóricos, hipótesis, terminología clínicas y modelos de psicoterapia e intervención psicológica en general.	03
5. Adecuada realización del examen mental El/la estudiante redacta un adecuado examen mental, es decir, coincide lo reportado con lo observado durante la entrevista clínica, empleado la terminología adecuada.	02
6. Capacidad para formular hipótesis clínicas. A partir de la información inicial del caso, el/la estudiante es capaz de hipotetizar datos generales sobre la psico-dinamia del caso.	02
7. Habilidades de entrevista clínica. Secuencia, pertinencia y suficiencia de los datos recopilados durante la entrevista clínica al usuario/a.	06
8. Manejo de técnicas de intervención psicológica. El estudiante es capaz de contener al usuario, hacer reflejo de sentimientos para encausar la intervención y canalizar el afecto del entrevistado, así como, su autocrítica.	06
9. Claridad para identificar elementos diagnósticos. A partir de los datos derivados de la entrevista clínica el/la estudiante logra formular una impresión diagnóstica cercana al cuadro clínico en curso y diagnóstico hospitalario.	02
10. Conocimiento, manejo, aplicación de test y pruebas psicológicas para evaluación. El estudiante conoce la información general y específica de los diferentes instrumentos de evaluación que se emplean para psico-diagnóstico. Sean de cribado, o mayor profundidad.	0
11. Impacto positivo de la intervención. En términos cualitativos y observacionales, el usuario/a experimenta beneficios tras la intervención llevada a cabo por el/la estudiante.	10

<p>12. Puntualidad, claridad, pertinencia y suficiencia de los documentos redactados por el estudiante. El/la estudiante presenta el informe de intervención en el tiempo indicado, con una adecuada redacción y secuencia, con la información recopilada, organizada y todos los apartados debidamente claros y puntuales en términos clínicos. Ejemplo: referencias, notas clínicas.</p>	04
<p>13. Trabajo en equipo interdisciplinario. El estudiante comprende el rol del profesional en Psicología dentro de los equipos de salud mental y lo ejecuta en correspondencia con su formación.</p>	06

<p>1.OBSERVACIONES GENERALES DEL PROCESO:</p>	<p>Cabe señalar que la práctica del estudiante Herrera, se llevó a cabo en un periodo en el que la supervisora tiene hora de lactancia, lo cual resta a la jornada ordinaria una hora y treinta minutos. Esto implica acelerar otros procesos.</p>
<p>2.COMENTARIOS DE LA SUPERVISORA:</p>	<p>Estudiante con disposición para el aprendizaje y la formación. Se le recomendó implementar la observación no participante y mantener una postura más contemplativa.</p>
<p>COMENTARIOS DEL ESTUDIANTE:</p>	<p>Estudiante que indica: apertura para el aprendizaje, alta expectativa de formación y aplicación de conocimientos clínicos.</p>

CALIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA

Primer trimestre, (marzo, abril y mayo).

Fecha: 03 de junio, 2019

Instrucciones: puntué entre 1 y 10 cada uno de los ítems propuestos, o bien anote NA, (no aplica).

RUBROS	Puntaje
1. Puntualidad. Llegar al Hospital a la hora indicada.	10
2. Presentación personal. Vestir ropa formal y presentarse siempre con gabacha.	10
3. Manejo ético de la información por parte del/la estudiante. Registro adecuado, lectura y consulta respetuosa y ética de los datos del usuario y su historia clínica.	09
4. Conocimientos generales sobre rehabilitación psicosocial, psicopatología, evaluación y psicoterapia. El estudiante tiene un bagaje amplia sobre modelos teóricos, hipótesis, terminología clínicas y modelos de psicoterapia e intervención psicológica en general.	7
5. Adecuada realización del examen mental El/la estudiante redacta un adecuado examen mental, es decir, coincide lo reportado con lo observado durante la entrevista clínica, empleado la terminología adecuada.	09
6. Capacidad para formular hipótesis clínicas. A partir de la información inicial del caso, el/la estudiante es capaz de hipotetizar datos generales sobre la psico-dinamia del caso.	08
7. Habilidades de entrevista clínica. Secuencia, pertinencia y suficiencia de los datos recopilados durante la entrevista clínica al usuario/a.	08
8. Manejo de técnicas de intervención psicológica. El estudiante es capaz de contener al usuario, hacer reflejo de sentimientos para encausar la intervención y canalizar el afecto del entrevistado, así como, su autocrítica.	09
9. Claridad para identificar elementos diagnósticos. A partir de los datos derivados de la entrevista clínica el/la estudiante logra formular una impresión diagnóstica cercana al cuadro clínico en curso y diagnóstico hospitalario.	08
10. Conocimiento, manejo, aplicación de test y pruebas psicológicas para evaluación. El estudiante conoce la información general y específica de los diferentes instrumentos de evaluación que se emplean para psico-diagnóstico. Sean de cribado, o mayor profundidad.	07
11. Impacto positivo de la intervención. En términos cualitativos y observacionales, el usuario/a experimenta beneficios tras la intervención llevada a cabo por el/la estudiante.	10
12. Puntualidad, claridad, pertinencia y suficiencia de los documentos redactados por el estudiante.	08

El/la estudiante presenta el informe de intervención en el tiempo indicado, con una adecuada redacción y secuencia, con la información recopilada, organizada y todos los apartados debidamente claros y puntuales en términos clínicos.	
13. Trabajo en equipo interdisciplinario. El estudiante comprende el rol del profesional en Psicología dentro de los equipos de salud mental y lo ejecuta en correspondencia con su formación.	08

1.OBSERVACIONES GENERALES DEL PROCESO:	La práctica del estudiante ha transcurrido a un ritmo rápido, que le ha demandado responder expeditamente a tareas de la laboral psicológica. Ello puede haber perjudicado, el proceso de asimilación de los conocimientos, sin embargo, se hacen esfuerzos a lo interno para compensarlos.
2.COMENTARIOS DE LA SUPERVISORA:	La práctica del estudiante Herrera ha tenido como característica general, el trabajar bajo presión, el realizar varias tareas simultáneamente y responder a labores administrativas y de rehabilitación psicosocial. También ha implicado, el estudio y profundización en diferentes temas y teorías sobre salud mental. Ha participado en dos giras, y una charla para gente externa. También ha asistido a reuniones del equipo de Larga estancia de este nosocomio.
3.COMENTARIOS DEL ESTUDIANTE:	“La práctica me ha permitido adquirir los conocimientos planteados en los objetivos de la misma y otros adicionales, por ejemplo: la redacción de informes con lenguaje técnico, el entrenamiento en diagnóstico diferencial, los principios básicos de farmacoterapia para psicólogos, y técnicas de intervención sistémicas”.

CALIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA

Segundo trimestre, (junio, julio y agosto).

Instrucciones: puntué entre 1 y 10 cada uno de los ítems propuestos, o bien anote NA, (no aplica).

RUBROS	Puntaje
1. Puntualidad. Llegar al Hospital a la hora indicada.	10
2. Presentación personal. Vestir ropa formal y presentarse siempre con gabacha.	09
3. Manejo ético de la información por parte del/la estudiante. Registro adecuado, lectura y consulta respetuosa y ética de los datos del usuario y su historia clínica.	9.5
4. Conocimientos generales sobre rehabilitación psicosocial, psicopatología, evaluación y psicoterapia. El estudiante tiene un bagaje amplio sobre modelos teóricos, hipótesis, terminología clínicas y modelos de psicoterapia e intervención psicológica en general.	09
5. Adecuada realización del examen mental El/la estudiante redacta un adecuado examen mental, es decir, coincide lo reportado con lo observado durante la entrevista clínica, empleado la terminología adecuada.	10
6. Capacidad para formular hipótesis clínicas. A partir de la información inicial del caso, el/la estudiante es capaz de hipotetizar datos generales sobre la psico-dinamia del caso.	10
7. Habilidades de entrevista clínica. Secuencia, pertinencia y suficiencia de los datos recopilados durante la entrevista clínica al usuario/a.	09
8. Manejo de técnicas de intervención psicológica. El estudiante es capaz de contener al usuario, hacer reflejo de sentimientos para encausar la intervención y canalizar el afecto del entrevistado, así como, su autocrítica.	9.5
9. Claridad para identificar elementos diagnósticos. A partir de los datos derivados de la entrevista clínica el/la estudiante logra formular una impresión diagnóstica cercana al cuadro clínico en curso y diagnóstico hospitalario.	09
10. Conocimiento, manejo, aplicación de test y pruebas psicológicas para evaluación. El estudiante conoce la información general y específica de los diferentes instrumentos de evaluación que se emplean para psico-diagnóstico. Sean de cribado, o mayor profundidad.	09
11. Impacto positivo de la intervención. En términos cualitativos y observacionales, el usuario/a experimenta beneficios tras la intervención llevada a cabo por el/la estudiante.	10
12. Puntualidad, claridad, pertinencia y suficiencia de los documentos redactados por el estudiante.	9.2

El/la estudiante presenta el informe de intervención en el tiempo indicado, con una adecuada redacción y secuencia, con la información recopilada, organizada y todos los apartados debidamente claros y puntuales en términos clínicos.	
13. Trabajo en equipo interdisciplinario. El estudiante comprende el rol del profesional en Psicología dentro de los equipos de salud mental y lo ejecuta en correspondencia con su formación.	9.5

1.OBSERVACIONES GENERALES DEL PROCESO:	El segundo trimestre de la práctica del estudiante Herrera, estuvo marcado por varias contingencias, a saber: licencia de cuido de la supervisora institucional por dos semanas, ascenso interino al área administrativa de la misma profesional por dos semanas, huelga de empleados de la CCSS por semana y media. Censo de la Unidad U.P.A en el rango más bajo del año, procesos de capacitación de la supervisora durante tres días.
2.COMENTARIOS DE LA SUPERVISORA:	Debido a que los casos de la U.P.A son referidos de todo el país y no hay control sobre los mismos, se recomienda a este estudiante profundizar de forma autodidactica en motivos de consulta como: el paciente con ideación suicida, el paciente con trauma complejo. Además, reflexionar sobre sus capacidades de comunicación clínica y psicoterapéutica, junto con afinar la formulación de casos de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y psicopatológica.
3.COMENTARIOS DEL ESTUDIANTE:	“La práctica me ha permitido adquirir mayores habilidades y competencias para realizar un acercamiento a pacientes complejos y tener una comprensión de los mecanismos de defensa más complejos y la psicosis”.