

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Psicología

*Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.*

*Inserción profesional desde la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, en el área de  
Psicología Clínica del Hospital México.*

**Sustentante:**

Mariana Natasha González Alfaro - B32934

**Equipo asesor**

**Director:** Ronald Ramírez Henderson, PhD

**Lectores:** MSc. Carlos Araya Cuadra

Lic. Jorge Prado Calderón

**Asesora técnica:** MSc. Guiselle Castro Esquivel

2019

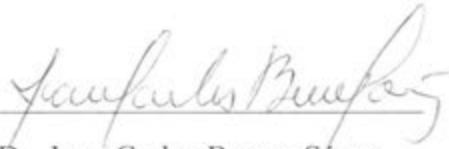
14 de octubre de 2019

**Tribunal examinador**

*Inserción profesional desde la psicología y la psicología de la salud, en el área de psicología clínica del Hospital México.*



Dra. Ana María Jurado Solórzano  
Presidenta de Tribunal investigador



Dr. Juan Carlos Brenes Sáenz

Profesor invitado



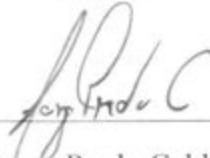
Ronald Ramírez Henderson, PhD

Director



MSc. Carlos Araya Cuadra

Lector



Lic. Jorge Prado Calderón

Lector



Bach. Mariana González Alfaro

Sustentante

## **Resumen**

En el presente Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de práctica dirigida, se llevó a cabo una inserción profesional durante seis meses a tiempo completo en la sección de Psicología Clínica del Hospital México. Esta inserción se realizó con el objetivo de desarrollar competencias y habilidades en el área de psicología clínica y psicología de la salud mediante la ejecución del rol del profesional en psicología. La población atendida en el área de Psicología Clínica del Hospital México es ampliamente diversa, se reciben consultas de personas sin distinción de género, edad o nivel socioeconómico. Lo que desemboca en motivos de consulta igualmente diversos.

Se llevaron a cabo atenciones e intervenciones al usuario y usuaria en modalidad individual, de pareja, grupal, domiciliar, interconsultas y charlas interdisciplinarias. Además de la diversidad de funciones ejecutadas en tareas no relacionadas a la atención al usuario y usuaria, como lo fueron la confección de expedientes, el planeamiento de sesiones, actividades administrativas, entre otras.

Durante la práctica, se atendieron a 408 personas consultantes a través de la evaluación, la psicoeducación y la intervención psicológica aplicadas. Además, esta inserción permitió la adquisición de conocimientos en psicología clínica, en psicología de la salud y en el manejo de la terapia cognitivo conductual, además del manejo interdisciplinario de las intervenciones. Así mismo, en conocimientos en diferentes procedimientos, técnicas e intervenciones con diferentes poblaciones, desde niños y niñas, hasta adultos mayores; así como diferentes situaciones y necesidades que poseen las usuarias y los usuarios.

De este modo, los objetivos que se plantearon en esta práctica se completaron con éxito. En primer lugar se ejecutaron evaluaciones psicológicas, conductuales y psicodiagnósticas, determinándose los

factores biológicos, psicológicos y sociales presentes en las afectaciones que reportaron los usuarios atendidos. Además, se estructuraron y aplicaron planes de intervención individual y grupal desde el enfoque cognitivo conductual como parte del tratamiento y resolución de los objetivos de terapia de cada usuario, adicionalmente también se estructuraron y aplicaron planes de intervención en modalidad de pareja, domiciliar e interconsultas.

Posteriormente, se ejecutaron evaluaciones finales a los procesos terapéuticos e intervenciones, determinando el nivel de satisfacción con el proceso terapéutico, desempeño de la sustentante, objetivos terapéuticos cumplidos y pendientes por trabajar, cambios en la sintomatología percibidos, percepción de padres, encargados o terceros y comentarios adicionales. Únicamente se obtuvieron retroalimentaciones positivas en los resultados de las evaluaciones finales realizadas por los usuarios.

Por último, la realización de esta inserción profesional representó una experiencia enriquecedora para la sustentante, en la cual se tuvo la oportunidad de compartir con excelentes profesionales, incluido el comité asesor y colegas de la sección de Psicología Clínica del Hospital México, que se comprometieron a la transmisión de sus conocimientos y habilidades a la practicante.



## Tabla de Contenidos

1. Introducción.....	1
2. Marco de referencia.....	5
2.1 Contextualización del problema.....	5
2.2 Antecedentes.....	6
a. Internacionales.....	6
b. Nacionales.....	14
2.3 Contextualización de la institución.....	20
3. Marco conceptual.....	22
3.1 Psicoterapia.....	22
3.2 Psicología clínica.....	23
3.3 Psicología de la salud.....	25
3.4 Medicina conductual.....	26
3.5 Terapia cognitivo conductual.....	28
3.6 Terapia cognitiva de Beck.....	30
3.7 Terapias de tercera generación.....	31
Mindfulness y compasión.....	31
Terapia dialéctica conductual.....	32
Terapia de aceptación y compromiso.....	33
3.8 Áreas de intervención.....	34
Ansiedad.....	34
Depresión.....	37
Estrés postraumático.....	39

Trastorno obsesivo compulsivo.....	40
Trastorno de pánico.....	41
Agorafobia.....	42
Trastorno por déficit de atención.....	43
Trastorno de espectro autista.....	44
Trastorno adaptativo o duelo.....	45
Abuso sexual.....	46
Enfermedades crónicas.....	48
Estrés.....	49
Entrenamiento de padres.....	50
4. Objetivos.....	52
4.1 Objetivo general.....	52
4.2 Objetivos específicos.....	52
5. Metodología.....	53
5.1 Caracterización de la población.....	53
5.2 Modalidad de intervención.....	54
a. Evaluación inicial.....	55
Entrevista semi estructurada de la CCSS.....	55
Entrevista conductual.....	58
Entrevista motivacional.....	60
Examen mental.....	61
Observación conductual y autorregistro.....	62
Instrumentos.....	63

b. Tratamiento.....	70
Psicoeducación.....	70
Técnicas operantes.....	71
Técnicas de exposición.....	72
Ensayo de conducta.....	72
Técnicas de relajación.....	73
Respiración.....	73
Relajación progresiva de Jacobson.....	74
Relajación autógena.....	75
Entrenamiento en autoinstrucciones.....	75
Entrenamiento en habilidades sociales.....	76
Reestructuración cognitiva.....	77
Diálogo socrático.....	77
Entrenamiento en solución de problemas.....	78
Entrenamiento en inoculación del estrés.....	78
Intervención para la regulación emocional.....	78
Técnicas de sugestión.....	79
Arte terapia.....	79
Prevención de recaídas.....	80
c. Evaluación de resultados.....	80
5.3 Funciones ejecutadas.....	81
Terapia individual.....	81
Terapia de pareja.....	82

Interconsultas.....	82
Terapia grupal.....	83
Visita domiciliar.....	83
Confección de notas en expediente.....	84
Psicodiagnóstico.....	84
Comités.....	85
Otras actividades.....	85
5.4 Consideraciones ético-legales.....	87
5.5 Precauciones.....	87
5.6 Roles.....	88
5.7 Proceso de supervisión.....	88
6. Resultados.....	90
6.1 Roles diarios en la institución.....	90
6.2 Resultados globales.....	93
6.3 Intervención directa con consultantes.....	94
Datos de la población atendida.....	100
Intervenciones como coterapeuta.....	104
Intervenciones como terapeuta individual.....	106
6.4 Evaluación de resultados.....	112
6.5 Otras funciones.....	113
7. Aporte profesional y personal de la práctica dirigida.....	117
8. Limitaciones.....	122
9. Discusión.....	126

10. Conclusiones.....	136
11. Recomendaciones.....	138
Al departamento de Psicología Clínica del Hospital México.....	138
A la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.....	139
12. Referencias bibliográficas.....	140
13. Anexos.....	155
Anexo 1. Materiales para la intervención grupal post cirugía bariátrica.....	155
Anexo 2. Material de apoyo para la aplicación de regulación emocional y solución de problemas.....	163
Anexo 3. Afiche: Normas básicas para la aplicación de economía de fichas.....	165
Anexo 4. Beck’s Depression Inventory.....	166
Anexo 5. Beck’s Anxiety Inventory.....	168
Anexo 6. NEUROPSI Breve.....	169
Anexo 7. Informe psicodiagnóstico.....	177
Anexo 8. Esquema de evaluación de resultados utilizado.....	188

## Índice de tablas

Tabla 1. Roles dentro del servicio de psicología clínica.....	90
Tabla 2. Horas laboradas en sesiones psicoterapéuticas.....	96
Tabla 3. Intervenciones según tipo de consulta.....	97
Tabla 4. Intervenciones según rol de la practicante.....	98

Tabla 5. Distribución de sesiones según rol de la practicante y modalidad de intervención.....	99
Tabla 6. Personas atendidas según género.....	100
Tabla 7. Personas atendidas según grupo etario.....	101
Tabla 8. Interconsultas realizadas como terapeuta.....	107
Tabla 9. Intervenciones individuales como terapeuta.....	108
Tabla 10. Intervenciones de pareja como terapeuta.....	110
Tabla 11. Registro de funciones no relacionadas a la atención directa.....	116

### **Índice de figuras**

Figura 1. Distribución etaria de la población según rango de 10 años.....	102
Figura 2. Grado educativo de la población.....	103
Figura 3. Distribución por género según tipo de consulta.....	104

### **Siglas y abreviaturas**

**APA** American Psychological Association

**APA** American Psychiatric Association

**BAI** Inventario de Ansiedad de Beck

**BDI II** Inventario de Depresión de Beck II

**CCSS** Caja Costarricense de Seguro Social

**CEINNA** Centro de Estudio Integral del Niño, la Niña y Adolescente Agredido

**DSM** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EDUS** Expediente Digital Único en Salud

**IESM** Instituto de Estudios Superiores en Medicina

**K-BIT** Test Breve de Inteligencia de Kaufman

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**PANI** Patronato Nacional de la Infancia

**TDA** Trastorno por Déficit Atencional

**TONI 2** Test de Inteligencia no Verbal

**WISC-IV** Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

## **1. Introducción**

En Costa Rica el sistema de salud es regido por el Ministerio de Salud Pública y ejecutado principalmente por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Esta última comprende un servicio orientado a promocionar los servicios de salud, en forma integral, a la población costarricense, y así mismo, garantizar un sistema de salud pública de calidad y en armonía con el ambiente humano (Redondo, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (pp. 10). Esto, nos permite entender la salud como un estado positivo de bienestar físico, psicológico y social. Por lo tanto, la CCSS al brindar servicios de salud en forma integral, incluye dentro de sus servicios la atención psicológica.

Los psicólogos y las psicólogas son profesionales en ciencias de la salud y sociales que apoyan los servicios del campo de la salud mental que provee la CCSS a sus usuarios. Se encargan de investigar, diagnosticar, medir, intervenir, tratar, evaluar y asesorar en psicología; por lo tanto, el profesional o la profesional en psicología es capaz de desarrollar métodos para la prevención, la intervención en crisis y el tratamiento de la enfermedad mental. Lo anterior se realiza con las diferentes poblaciones etarias de modo individual o grupal (Redondo, 2013; Zeledón, 1990).

Así mismo, la psicología trabaja con diferentes poblaciones, como lo son niños y niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores; dando apoyo en la intervención en crisis, psicoterapia y seguimiento, entre otros. Además, se pueden realizar intervenciones tanto individuales o grupales, como involucrando a la familia (Redondo, 2013).



Existen tres niveles de atención en el sistema de salud costarricense. En el primer nivel encontramos los servicios básicos de prevención, curación y rehabilitación, en este nivel se hayan los EBAIS y algunas clínicas. Sin embargo, no se cuenta con servicio de atención psicológica en este primer nivel. El segundo nivel, explica Redondo (2013), incorpora a las clínicas y hospitales periféricos y regionales. En los hospitales periféricos sí encontramos servicio de atención psicológica, sin embargo, se puede encontrar un solo profesional en psicología para todo el hospital y toda el área regional que este abarca, por lo que sus servicios se encuentran saturados. En el tercer nivel encontramos tres hospitales centrales y los hospitales especializados, estos son los que cubren todas las necesidades de los usuarios y usuarias costarricenses, realizando labores de prevención, curación y rehabilitación de mayor complejidad. Los tres hospitales centrales se encuentran en la capital del país, por lo que su servicio queda concentrado lejos de las comunidades rurales. En estos hospitales centrales sí encontramos secciones de psicología con mayor número de profesionales, que sin embargo se encuentra saturados debido a la alta demanda (Redondo, 2013).

Por lo tanto, en Costa Rica no se cuenta con servicio profesional en el área de psicología en todas las diferentes instituciones que conforman el sistema de salud, lo que conlleva una alta demanda de atención psicológica en los hospitales centrales, así como la saturación de esta (Reyes, 2011).

Esto es preocupante, pues según el análisis de situación de salud en Costa Rica, realizado por el Ministerio de Salud en 2014, las tasas para trastornos mentales han aumentado, resaltando la incidencia de depresión en el país, con una tasa promedio de 884,59 personas por cada cien mil habitantes; así mismo resaltan otros trastornos como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. Pero no solo la situación de salud en trastornos mentales merece atención, también

encontramos altas tasas en consumo de drogas, violencia familiar, accidentes de tránsito, enfermedades crónicas como la diabetes, asma, el cáncer o problemas cardíacos, enfermedades de transmisión como el virus de inmunodeficiencia humana o sífilis. Todos estos son diagnósticos o condiciones sobre los cuales trabajan los y las profesionales en psicología insertos en los sistemas de salud de nuestro país.

A pesar del crecimiento en las tasas, el Informe sobre el Sistema de Salud en Costa Rica (IESM-OMS, 2008), reporta que solo el 3% del presupuesto del gobierno está destinado a la salud, específicamente en la salud mental por parte de la CCSS, lo cual lleva a un déficit en los recursos humanos especializados para ofrecer la atención adecuada. En el 2008 los principales diagnósticos registrados eran trastornos del estado de ánimo, ansiosos y relacionados al estrés, para los cuales no se está realizando la atención preventiva, oportuna y de calidad esperada según establece el informe.

Estas cifras nos demuestran la demanda de intervenciones en salud y salud mental presentes en los sistemas de salud de nuestro país, y al contrastarla con el número de centros de salud que posee profesionales capacitados y especializados, podemos apreciar los motivos de las altas demandas y la saturación de los servicios en el área de tratamiento, sin siquiera llegar a abarcar estrategias preventivas o de promoción de la salud.

El Hospital México, uno de los tres hospitales centrales en nuestro país, cuenta con un área de psicología clínica, la cual trabaja en intervenciones psicoterapéuticas individuales, de pareja, domiciliarias, grupales e interdisciplinarias. En este ámbito se realizó una práctica dirigida de seis meses a tiempo completo, en horario de 7 a.m. a 4 p.m., tiempo durante el cual la proponente se insertó en el equipo profesional del servicio. Esta inserción se realizó con el objetivo de desarrollar competencias y habilidades en el área de atención en psicología de la salud. Se brindó atención

psicoterapéutica individual, de pareja, domiciliar y grupal, se apoyó en las intervenciones interdisciplinarias que se realizaron, así como al Comité de Estudio Integral del Niño, la Niña y el Adolescente Agredido (CEINNAA) y en labores administrativas.

Esta inserción permitió la adquisición de conocimientos y habilidades en psicología clínica, en psicología de la salud y en el manejo de la terapia cognitivo conductual, además del manejo interdisciplinario de las intervenciones. Así mismo, en conocimientos y habilidades en diferentes procedimientos, técnicas e intervenciones con diferentes poblaciones, desde niños y niñas, hasta adultos mayores; diferentes situaciones y necesidades que poseen las usuarias y los usuarios.

A continuación se describen las bases contextuales, conceptuales y metodológicas empleadas para el cumplimiento de los objetivos de la presente inserción, así como el detalle de los resultados, aportes, limitaciones y conclusiones obtenidas en los seis meses de inserción.

## **2. Marco de referencia**

### **2.1 Contextualización del problema**

La demanda de servicios de atención en salud ha aumentado debido no solo al crecimiento de la población en nuestro país, sino también al crecimiento de las incidencias de carácter biopsicosocial. Este crecimiento satura los servicios de salud actuales y les demanda a las instituciones de salud del país reorganizarse para cubrir todas las problemáticas y necesidades de la población.

Por lo tanto, según Zeledón (1990) la demanda por servicios de atención en psicología crece también conforme aumenta la población y el número de incidencias, que como mencionábamos previamente, no solo responde a trastornos mentales, sino también a enfermedades crónicas, infecciones de transmisión y estilos de vida de las personas. Esto surge gracias al reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos en la incidencia de estas enfermedades y al crecimiento de ramas de la disciplina tales como la psicología clínica, la psicología de la salud y la medicina conductual, que nacen para atender estas problemáticas.

El Hospital México constituye un ejemplo del aporte de la psicología en diversas áreas de la institución, partiendo desde la consulta externa, hasta una atención interdisciplinaria de personas usuarias que sean referidas por parte del personal médico. Sin embargo, en los últimos años se ha visto afectada por la alta demanda de las incidencias mencionadas, pues las condiciones impiden otorgar citas oportunas a las personas consultantes que requieren o son referidas al servicio de psicología, consultantes que en la mayoría de los casos necesitan de pronta atención y se ven obligados a esperar largos periodos para ser valorados. Por esto, resulta necesario fortalecer y apoyar el desarrollo de esta área en uno de los hospitales más grandes del país y de mayor cobertura poblacional (Zeledón, 1990).

La participación de psicólogos dentro de estas instituciones permite procurar una mejor calidad de vida a las personas a las que se atiende, logrando un cuidado global de las necesidades que puedan presentar. Así mismo, resulta un espacio ideal para obtener conocimientos y habilidades en la intervención en psicología clínica dado que es una de las áreas en psicología con mayor número de personas consultantes.

## 2.2 Antecedentes

En el presente apartado se incluyen los principales antecedentes nacionales sobre la intervención en psicología clínica, vinculados con el desarrollo de intervenciones por parte de practicantes de psicología en centros de salud en Costa Rica. De igual modo, se presentan los más significativos hechos históricos internacionales relacionados con intervenciones en psicología clínica y psicología de la salud en sistemas hospitalarios.

### a. Internacionales:

El nacimiento de la psicología clínica no se puede ver como un suceso único, ni siquiera como un proceso lineal. Su aparición se desarrolla con el nacimiento de la psicología misma y crece con esta, al lado de la investigación. La historia resalta el nombre de Lightner Witmer, quien fue el fundador de la primera clínica psicológica en Pennsylvania, Estados Unidos, en 1896, año en el que también se refirió a la psicología clínica como tal en una conferencia ante la American Psychological Association (APA) (González 2008).

Dada la diversidad de profesionales que influyeron en la aparición y desarrollo de la psicología clínica, se distinguieron, a través de los años diferentes corrientes teóricas y prácticas de la psicología clínica, dentro de ellas encontramos a la terapia cognitivo conductual. La terapia conductual nace en los años cincuenta como una disciplina científica, teniendo como base las teorías de condicionamiento clásico de Pávlov, el conexionismo de Thorndike y el conductismo

de Watson, y sellándose con el condicionamiento operante de Skinner (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). En torno a 1970 se gesta una transformación de la terapia de conducta en la que se da una apertura a aspectos cognitivos, sociales y emocionales y así la terapia conductual recibe influencias de la psicología cognitiva. Para 1980 se considera entonces que la terapia cognitivo conductual se encontraba consolidada como modelo terapéutico y a partir de allí inicia su expansión y desarrollo. Integrándose la terapia cognitiva y conductual se desarrollan terapias como el mindfulness, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia de conducta dialéctica (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La psicología de la salud es la de más reciente aparición en los conceptos tratados. El surgimiento de la psicología de la salud se da impulsado por la medicina conductual, gracias a un pequeño grupo de la APA que realizaba investigaciones en temas de salud, enfocados en contribuir a la mejora de la salud y la prevención de enfermedades. A diferencia de la psicología clínica, la rama de la psicología de la salud sí se oficializó como disciplina en 1978, con el establecimiento de la División 38 de la APA. En este proceso resalta el nombre de Joseph Matarazzo, a quien se le atribuye la acepción del término tras la investigación en este campo (Brannon, Feist y Updegraff, 2014).

De la mano con esto, la APA (2014) argumenta que los psicólogos que laboran en hospitales deben intervenir bajo un marco basado en evidencia con base en la investigación, que contribuya al diseño e implementación de intervenciones adecuadas a los y las pacientes; por lo tanto, el modelo cognitivo conductual, al presentar basta evidencia a través de los años es apto para ser aplicado en las intervenciones psicológicas en hospitales. Así mismo, la APA (2014) explica que los psicólogos se encargan de proveer servicios en salud mental y conductual en los sistemas hospitalarios, identificando y modificando conductas para promover la salud de las personas a

largo plazo, además los psicólogos han de encargarse de reconocer y tratar diferentes trastornos mentales de manera temprana, reduciendo costos del sistema de salud; finalmente resaltan la labor interdisciplinaria y el acompañamiento y apoyo a pacientes y familiares.

Browson, Fielding y Maylahn (2009) también recomiendan la aplicación de estrategias basadas en la evidencia para mejorar el abordaje en la salud pública y con ello la salud de la población general. Consideran una responsabilidad ética profesional la toma de decisiones y elección de entre los tratamientos con mayor evidencia científica, así como la evaluación postratamiento y la recolección de los aprendizajes del proceso.

Glanz y Bishop (2010) por su parte, analizaron diferentes intervenciones en la salud pública y promoción de la salud basadas en ciencias conductuales, concluyendo sobre la efectividad de las intervenciones conductuales, la teoría cognitiva social, el modelo transteórico de etapas de cambio, el modelo de creencias sobre la salud y la teoría del comportamiento planificado.

Los autores concluyen que los programas e iniciativas de salud pública más exitosos se basan en la comprensión de los comportamientos de salud y los contextos en los que ocurren, pues consideran que los principales contribuyentes en causas la muerte y la enfermedad a nivel mundial son factores conductuales, por ejemplo: el consumo de tabaco y alcohol, los patrones de dieta y actividad, el comportamiento sexual y las lesiones evitables (Glanz y Bishop, 2010).

Tanto la rama de la psicología clínica, como la psicología de la salud han empleado y continúan aplicando técnicas o terapias del modelo cognitivo conductual, debido a la evidencia y eficacia que estas presentan. Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010) dedican tres obras a los tratamientos psicológicos que se han mostrado eficaces en innumerables investigaciones científicas; según los autores, la terapia cognitivo conductual se muestra eficaz para el tratamiento

de delirios y alucinaciones, trastornos del comportamiento alimentario, la depresión, el trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, fobias específicas, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, disfunciones sexuales, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad. También en la rama de la psicología de la salud los autores resaltan la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en la intervención de asma bronquial, cáncer, trastornos cardiovasculares, dolor crónico, enfermedades reumáticas, problemas gastrointestinales, VIH, diabetes, trastornos de sueño, enfermedades terminales y nuevamente en consumo de sustancias como tabaco y alcohol.

Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2012) realizaron también un metaanálisis en el que aportaron evidencia a favor de la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales para la intervención sobre consumo de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, depresión y distimia, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos de la alimentación, insomnio, trastornos de la personalidad, ira y agresión, conductas delictivas, estrés general, estrés debido a condiciones médicas generales, dolor crónico y fatiga, estrés relacionado con complicaciones del embarazo y condiciones hormonales femeninas. Además, los autores resaltan que se ha mostrado su eficacia en diferentes poblaciones, niños y niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En cuanto al abordaje de personas víctimas de abuso sexual, Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa (2013) consideran que el tratamiento desde la terapia cognitiva conductual se ha mostrado útil y eficaz, así como para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático que puede surgir en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. Mediante la aplicación de terapia de exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en inoculación de estrés y terapia de procesamiento cognitivo obtuvieron una mejoría terapéutica de las víctimas en un espectro de



conductas amplio, que incluyen el trastorno de estrés postraumático, malestar emocional y conductas de evitación sexual.

Por otro lado, podemos encontrar numerosos estudios que respaldan las evidencias de las intervenciones psicológicas en los sistemas de salud, en algunos ejemplos encontramos a Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa (2005) que estudiaron los efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. Para esto aplicaron de manera individual entrevistas y evaluaciones conductuales, evaluación de los cambios en estado de ánimo durante la sesión, registro de cogniciones disfuncionales, modificación de cogniciones o creencias distorsionadas, programación y entrenamiento de actividades instrumentales, y asignación y seguimiento de tareas. Los resultados demostraron eficacia de la intervención cognitivo conductual sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de los pacientes crónicos tratados. Además, evidenciaron en las variables fisiológicas, como el índice de glucosa en sangre, la presión arterial, entre otras (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

Canales (2011), realizó una intervención cognitivo conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. Mediante un diseño preexperimental y una intervención en adiestramiento en inoculación del estrés logró una disminución significativa en los niveles de estrés en cada uno de los participantes al comparar pre y post intervención. Carapia-Sadurni, Mejía-Terrazas, Nacif-Gobera y Hernández-Ordóñez (2011), por su parte, estudiaron el efecto de la intervención cognitivo conductual sobre la ansiedad preoperatoria. Utilizando técnicas de respiración, reestructuración cognitiva, psicoeducación y reforzamiento positivo lograron reducir los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía.

Otros artículos exponen la importancia, necesidad o beneficios de los acercamientos psicológicos en los ambientes hospitalarios. Jiménez, Rivera, Benítez, Tarrats y Ramos (2013), por ejemplo, ejecutaron el Programa de Servicios de Psicología Clínica en el Hospital Damas en Puerto Rico, el cual es uno de los primeros acercamientos de la psicología a los sistemas de salud en dicho país. En el proceso, de diciembre de 2002 hasta diciembre de 2010, se realizaron un total de 13,580 visitas a pacientes hospitalizados en diversas unidades clínicas del hospital; el 61% de todos los pacientes hospitalizados evaluados cumplían con los criterios de al menos un trastorno de salud mental basado en el DSM-IV-TR. Los resultados de este programa destacan la aceptación y la relevancia de incorporar los servicios de salud mental y los psicólogos clínicos en los hospitales generales de Puerto Rico.

Del Río, et al. (2015), valoraron el tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en el sistema de salud pública en España, para ello trabajaron en sesiones grupales y lograron reducir la percepción del dolor en los pacientes, reducir la discapacidad, las estrategias desadaptativas y las creencias de miedo y evitación. Kootker, et al. (2015) aplicaron terapia cognitiva conductual para tratar la depresión y la decaída de ánimo posterior al accidente cerebrovascular, para ello realizaron entrevistas motivacionales, resolución de duelo y psicoeducación además de trabajo interdisciplinario con terapeutas motivacionales. Así lograron instaurar un protocolo de tratamiento novedoso y brindar acompañamiento emocional a pacientes tras accidentes cerebrovasculares.

Spink, Horta, Brigagão, Menegon y Spink (2016), por su parte, implementaron una intervención de psicología de la salud en el Hospital de Maternidad Sofia Feldman en Belo Horizonte, Brasil. Para ello formaron equipos interdisciplinarios junto con médicos, enfermeros y enfermeras, reorganizando las prácticas de estos en beneficio de las pacientes, de modo que se

evitaran situaciones de violencia y se ayudará a reducir los niveles de estrés y ansiedad de las pacientes.

Godoy et al. (2017) también implementaron la integración de salud conductual en un sistema de atención primaria en la sección de pediatría de seis hospitales, así han implementado exámenes de rutina de salud conductual en las visitas de rutina, incorporando a psicólogos y psicólogas en la participación de estas visitas. La atención integrada brinda un mayor acceso, identificación temprana, prevención e intervención, así como la eliminación de estigma de las preocupaciones sobre la salud del comportamiento.

Estos ejemplos ilustran el papel de la psicología como disciplina de salud conductual y como principal ejecutora de la práctica biopsicosocial en las áreas de salud. Para Wahaas (2005) el rol clínico del psicólogo inserto en el sistema de salud consiste en evaluar, diagnosticar y tratar problemas psicológicos y disfunciones conductuales relacionadas a la salud física y mental, en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Así también, expone, desempeñan un papel en la promoción del comportamiento saludable, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Scharager y Molina (2007) analizaron el trabajo de psicólogos en el sistema de salud pública de Chile, donde comentan sobre la inserción de los profesionales en psicología en los centros de salud de nivel primario como un deber institucional en la puesta en práctica de acciones médicas y psicosociales orientadas a la atención de los problemas de salud mental. Consideran que el psicólogo debe apoyar al sistema de salud con actividades de psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, así como proveer rehabilitación social y laboral. Estas acciones deberán estar orientadas tanto a la prevención como al tratamiento de los problemas de salud

mental, trabajándose en conjunto con equipos multidisciplinarios de salud mental en los diferentes niveles de atención.

Scharager y Molina (2007) observaron que la atención de los psicólogos del sistema de salud pública en Chile se encontraba principalmente dirigida a la atención asistencial individual, en contraste con la atención grupal, familiar o comunitaria. Además, refieren entre las tareas frecuentes a nivel individual la evaluación y el diagnóstico psicológico.

Soons y Denollet (2009), mencionan como la principal tarea del psicólogo la evaluación del paciente y su sintomatología mediante la aplicación de entrevistas, observación y pruebas. Seguida por la tarea de concretar el tratamiento psicológico conductual en una intervención a corto plazo. Estas dos tareas se relacionan con la interacción directa con el paciente, además mencionan la existencia de tareas indirectas relacionadas con el paciente como trabajo en equipo interdisciplinario o la consulta y discusión del caso con otros profesionales.

Finalmente, describen tareas que están relacionadas con la atención clínica de los pacientes, por ejemplo, la participación en comités, tareas de gestión y capacitación de estudiantes. La investigación no es una tarea estructural en general en hospitales de enseñanza. Por supuesto, este es evidentemente el caso en los hospitales académicos (Soons y Denollet, 2009).

Por último, los autores refieren sobre diferentes poblaciones con las que los psicólogos ejercen estos roles en el sistema hospitalario. Entre ellos encontramos pacientes con enfermedades crónicas como problemas cardíacos, diabetes o cáncer; pacientes con quejas funcionales o fisiológicas; pacientes con daño cerebral que requieren evaluación, diagnóstico y tratamiento; pacientes con trastornos psicofisiológicos, cefaleas, problemas de sueño, trastornos alimenticios o trastornos del desarrollo; y por último pacientes con condiciones psiquiátricas como ansiedad,

depresión, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático, entre otros. En estos grupos los pacientes son de ambos géneros y todos los grupos etarios (Soons y Denollet, 2009).

b. Nacionales:

El nacimiento de la psicología en Costa Rica es relativamente reciente, sus primeras apariciones se dieron con la llegada de profesionales extranjeros, como por ejemplo la del Dr. Gonzalo Adis Castro en 1957 tras completar sus estudios en psicología clínica en Estados Unidos (López, 2015; Paniagua, 2015).

Así también la rama de la psicología clínica registra su aparición en el país en 1957, con la llegada del Dr. Adis, siendo el primer psicólogo nacional con esta especialidad. Así se abrió el servicio de psicología clínica en el sistema de salud nacional, con la entrada del Dr. Adis al Hospital Nacional Psiquiátrico Presbítero Manuel Antonio Chapuí, el cual contaba únicamente con el servicio de profesionales en psiquiatría y neurología. Por lo tanto, fue el Dr. Adis el encargado de establecer las bases de la psicología clínica en el país y del perfil del psicólogo clínico (López, 2015; Paniagua, 2015). Además, Paniagua (2015) considera que esta época se dio especial atención a la salud mental, lo cual atrajo a la entrada de gran número de psicólogos al país que fungen como psicoterapeutas.

A partir de aquí, van aumentando paulatinamente los servicios de psicología en los hospitales, primero se amplió en el Hospital Nacional Psiquiátrico y luego se extendió a otros servicios de salud, gracias a la apertura del Programa de Residencia en Psicología Clínica en el año 1979, por el Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (López, 2015).

En adelante, siguiendo en la línea académica, en 1963 se funda el Centro de Investigación en Psicología y en 1966 se abrió el bachillerato en psicología, en el que se formaba a los psicólogos en técnicas y aplicaciones prácticas. Gracias a este centro de investigación y a la apertura del bachillerato en psicología se logran insertar numerosas áreas dentro de la psicología, además de la clínica. Así entra la psicología conductual al país, desde el enfoque práctico e investigativo, este además, con los años se fusiona con el enfoque cognitivo y emocional en la intervención clínica dada la eficacia demostrada a nivel internacional (Camacho, Hernández, Rosales y Salas 2014; Paniagua, 2015).

La rama de la psicología de la salud es aún de más reciente aparición en el país. Reyes (2011) incluso asegura que para el año 2010 todavía no existía un perfil de profesional en Psicología de la Salud en las instituciones de salud del país, pues considera que los aportes que ha realizado la psicología en el sistema de atención de la salud al campo de la salud, precisamente, se han realizado desde la psicología clínica, más enfocados al campo de la salud mental que al de la salud en general.

Sin embargo, Reyes (2011) aclara que los esfuerzos y avances a nivel académico son más consistentes. Por ejemplo, resalta artículos y tesis sobre la psicología médica y la atención de la enfermedad somática, de Sanabria y Vindas (2001), Abarca (2004), Cuenca y Leiva (2004), Quirós y León (2006), Solano (2009) y Pérez (2010). Pero el principal avance fue la apertura de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad de Costa Rica en el año 2006 y posteriormente el involucramiento de la temática en universidades privadas.

Los roles del psicólogo clínico establecidos en el ambiente nacional refieren según López (2015) a la acción psicosocial del psicólogo. Inicialmente menciona la realización de evaluación psicológica, la cual se compone del proceso de entrevista y la aplicación e interpretación de

pruebas. Esta evaluación pretende describir y clasificar la conducta, además puede realizarse con fines psicodiagnósticos. Posteriormente se realiza tratamiento psicoterapéutico al paciente, en este se promueven cambios y adaptaciones conductuales y de salud física, así como el bienestar psicosocial de la persona. López (2015) aclara que en la psicoterapia se atienden todos los niveles etarios, desde los niños y niñas hasta las personas de edad más avanzada.

Otras tareas del profesional en psicología son la planificación y organización de actividades de psicología comunitaria, la capacitación de profesionales y no profesionales en el manejo apropiado de problemas de salud y ajuste emocional, investigación y docencia, planeamientos y diseños de intervención e investigación, y programas diversos de rehabilitación psicosocial (López, 2015).

Posteriormente, en cuanto a intervenciones cognitivo conductuales realizadas en sistemas hospitalarios en el país, encontramos numerosas prácticas llevadas a cabo por estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. Ortega (2013), Ortiz (2014) y Acuña (2017), por ejemplo, realizaron prácticas clínicas profesionales en el servicio de neurocirugía y la unidad de neuro-oncología del Hospital México. Trabajaron con pacientes con diagnósticos de tumores cerebrales, así como con sus familiares y cuidadores. Lograron dar apoyo a pacientes y familiares, adquirir los conocimientos deseados en tanto a la práctica en neuropsicología y a visibilizar la importancia de un profesional en psicología como un agente facilitador de cambios y como recurso de apoyo y acompañamiento.

Por su parte, Salazar (2015) concretó una práctica en atención cognitivo conductual emocional en el departamento de psicooncología y hemato-oncología del Hospital México. Realizó talleres de duelo, un programa de psicoprofilaxis preoperatorio de mama, e intervenciones educativo-informativas. A través de esto logró ver una disminución de las emociones negativas, pensamientos

negativos y conductas de no adherencia postratamiento en los pacientes, además de ayudarles a reorganizar sus actividades diarias, manejo emocional y manejo de síntomas secundarios.

Zeledón (2016) realizó una intervención cognitivo conductual emocional con cuidadores de pacientes hemato-oncológicos del Hospital México. Para ello también realizó intervenciones psicoeducativas en el programa de psicoprofilaxis preoperatoria de mama y talleres de psicoeducación y de duelo para cuidadores. Así también trabajó en intervenciones de cuidadores con familiares hospitalizados e intervenciones individuales con pacientes en el área de consulta externa. Zeledón (2016) reporta resultados positivos en las intervenciones de psicoeducación e individuales, mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado para evitar los síntomas del síndrome del cuidador, entre otros.

Gallardo (2017) trabajó en una inserción profesional en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios. Intervino en áreas fundamentales: atención individual, grupo terapéutico de duelo, colaboración en talleres, valoración familiar, visita domiciliar y proyecto de atención del cáncer de mama.

Mora (2017) desarrolló una inserción profesional en la Clínica de adolescentes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, dando atención clínica, visitas a hospitalización, atención psicoterapéutica grupal, capacitación en métodos anticonceptivos, entre otros. Así, logró adquirir conocimientos y habilidades clínicas, presentó un beneficio para la clínica brindando apoyo psicológico e intervención sobre problemas de salud pública, visualizando la necesidad de educación sexual y prevención en esta área.

Morales (2017) realizó una inserción profesional en la clínica del dolor y cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios, en la que brindó atención psicológica a pacientes con dolor crónico



y sus familiares, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios. Obtuvo cambios positivos en la calidad de vida de las personas atendidas, disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, mejora en hábitos de sueño y mayor aceptación de la enfermedad.

Vicente (2017) se insertó profesionalmente en la fundación pro-clínica del dolor y cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios, en este apoyó a pacientes en fase terminal, pacientes oncológicos y de cuidados paliativos, así como sus familiares y cuidadores. Implementó, además, una intervención grupal basada en mindfulness para pacientes oncológicos, en la que ofreció técnicas de autocuidado y afrontamiento para los pacientes en un espacio de expresión emocional y establecimiento de redes de apoyo.

Giusti (2018) desarrolló una 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. En esta realizó atención y evaluación psicológica, facilitación de sesiones clínicas y talleres, visitas intrahospitalarias y otras actividades con mujeres adolescentes de 11 a 19 años con condiciones ginecológicas u obstétricas.

Rodríguez (2018) se insertó en la sección de psicología clínica en la Clínica Jorge Volio Jiménez ofreciendo atención psicológica individual, familiar, de pareja y grupal desde el modelo cognitivo conductual, aplicando evaluación y tratamiento para la depresión, ansiedad, duelo, trastornos de pánico, entre otros.

Por último, cabe resaltar el antecedente directo a la presente inserción, Volpacchio (2018) llevó a cabo una inserción profesional en el área de psicología clínica del Hospital México. Su labor consistió en brindar atención como terapeuta y como coterapeuta a nivel individual, de pareja y familiar, así como la realización de terapias grupales y atención de piso a pacientes hospitalizados.

Puesto a que la intervención se gestó en la sección de psicología clínica reporta haber trabajado en diversidad de temáticas con población de todas las edades.

De los antecedentes expuestos se concluye la importancia y utilidad de la presencia de profesionales en psicología en los sistemas de atención en salud, dentro de ellos los hospitales. Además, ilustran la amplia historia de las posturas psicológicas desde las que se intervino en la presente práctica, así como el constante desarrollo y crecimiento que estas han tenido de la mano con la investigación y la constante actualización. Su desarrollo, además de crecer con el paso del tiempo se amplía a nivel mundial, tanto en investigación como en aplicación. Costa Rica, por lo tanto, no debe quedarse atrás en el desarrollo de estas disciplinas y debe continuar su investigación y aplicación.

Además, resalta la evidencia a favor de la terapia cognitivo conductual en sus aplicaciones en psicología clínica y psicología de la salud, así los diferentes autores rescatan su eficacia en el tratamiento de depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento alimentario, trastorno bipolar, esquizofrenia, fobias, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, manejo del estrés, cáncer, trastornos cardiovasculares, dolor crónico, entre otros.

Los diferentes autores también rescatan los beneficios en bajos costos, además de obtener los mejores resultados en el menor tiempo posible, demostrando su efectividad y eficiencia. Sumado a que su eficacia se ha demostrado en poblaciones de todos los grupos etarios y géneros. El rol del profesional en psicología en el hospital ha de ser el proveer intervenciones eficaces en el tratamiento, prevención y promoción de la salud mental, conductual y física, de modo que ha de ser capaz de evaluar, diagnosticar y tratar problemas psicológicos y disfunciones conductuales en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Además, debe ser capaz de brindar

acompañamiento y apoyo tanto a pacientes como a familiares y cuidadores, y por lo tanto realizar intervenciones individuales, grupales, comunitarias e interdisciplinarias.

### 2.3 Contextualización institucional

La presente inserción profesional se realizó en el área de psicología clínica del Hospital México, el cual se encuentra regido por la CCSS. Esta última fue fundada en 1941 bajo la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. En el año 1982, esta se integra al Ministerio de Salud de modo que este último actúa como regente del sistema de salud del país y la CCSS como órgano ejecutor. Juntas asumen la prestación de servicios de salud a la ciudadanía, trabajando en promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación (Ortega, 2013; Ortiz, 2014). La CCSS está orientada a promocionar los servicios de salud, en forma integral, a la población costarricense, y así mismo, garantizar un sistema de salud pública de calidad y en armonía con el ambiente humano.

Actualmente, la CCSS cuenta con 29 hospitales, así como una serie de clínicas y red de centros de atención de la salud alrededor del país. Dentro de estos 29 hospitales encontramos nueve hospitales nacionales, tres son hospitales centrales de tercer orden de salud y seis son especializados, como el Hospital Nacional de Niños o el Hospital Nacional Psiquiátrico, los restantes son hospitales regionales o periféricos. Los tres hospitales nacionales se encuentran ubicados en la gran área metropolitana por lo cual tienen gran demanda y cubren el servicio de primer orden a todo el país. Dentro de estos tres hospitales encontramos al Hospital México, inaugurado en marzo de 1969 como un nuevo hospital de especialidades que viene a responder por el aumento de la población nacional que ya no podía cubrir por sí solo el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (Ortega, 2013; Ortiz, 2014).

Actualmente, el Hospital México es un centro hospitalario de clase A, que cuenta con todas las especialidades de atención médica. Su área de atracción es del 57% de toda la población del país, media de 23 687 usuarios diarios. Se encuentra ubicado frente a la Autopista General Cañas, contiguo al puente Juan Pablo Segundo, en La Uruca, San José, a unos 6Km de la capital del país (Ortega, 2013; Ortiz, 2014). Al ser un centro de tercer nivel comprende la atención de aquellos procesos de suma complejidad tanto ambulatorios como los que requieren hospitalización de todas las subespecialidades (Saénz et al, 2011). Junto a esto, en este nivel se brindan también servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización, así como las labores de prevención, curación y rehabilitación.

La red nacional de salud nacional se divide en tres, la red noroeste, la red este y la sur. El Hospital México cubre la noroeste, que abarca las provincias de Guanacaste, Alajuela, Heredia, San José y parte de Puntarenas. Por lo tanto, se reciben referencias de todos los centros de salud de primer y segundo nivel de estas provincias, además de población de otras zonas del país que asisten como parte de programas o protocolos hospitalarios.

### **3. Marco conceptual**

A continuación, se presentan diferentes nociones teóricas y conceptos que se consideraron base para el trabajo realizado a lo largo de la práctica. De acuerdo con lo anterior, se definen los conceptos de: psicoterapia, psicología clínica, psicología de la salud, medicina conductual y terapia cognitivo conductual.

#### **3.1 Psicoterapia.**

Como se explica previamente, el Hospital México es un sistema de atención terciaria, en el cual, según explica Redondo (2013) la intervención psicológica se enfoca en disminuir los efectos negativos de los diferentes diagnósticos otorgados a la población, brindando de esta manera tratamiento y rehabilitación.

Por lo tanto, una parte del trabajo en el área de psicología clínica de dicho hospital corresponde a la atención psicoterapéutica. Kazdin y Weiz (2010) consideran que el objetivo de la psicoterapia es mejorar el ajuste y el funcionamiento en las esferas intrapersonales e interpersonales, así como la reducción de las conductas desadaptativas y diversas afecciones psicológicas y físicas que se puedan presentar. De esta forma, desde la psicoterapia se puede acompañar en el manejo del dolor, cambios en el estilo de vida, manejo del duelo, adhesión al tratamiento, entre otros ejemplos.

Kazdin y Weiz (2010) resaltan la importancia del buen asesoramiento en el manejo de intervenciones psicosociales estructuradas, de modo que dichas intervenciones se encuentren diseñadas y planificadas en función de tratamientos eficaces y basados en la evidencia, que permitan dar la mayor ayuda posible a la persona.

### 3.2 Psicología clínica.

La psicología clínica, viene a ser una rama que engloba la intervención psicoterapéutica e incorpora el estudio y desarrollo de métodos para prevenir y atender en el campo de la salud mental (Bregman, López y García, 2015). Precisamente, Bregman, López y García (2015) convienen en que la psicología clínica estudia y cuida la salud mental y el comportamiento de los individuos y grupos de individuos. Además, refieren que la psicología clínica se centra en el desarrollo intelectual, emocional, biológico, psicológico, social y en los aspectos conductuales del funcionamiento humano, por lo tanto, busca abarcar a la totalidad del ser humano.

González-Blanch (2015), refieren a la definición propuesta por la European Federation of Psychologists' Associations, argumentando que la psicología clínica se encarga de desarrollar y aplicar diferentes principios que permitan observar, predecir, prevenir y aliviar enfermedades y malestares cognitivos, emocionales y conductuales, así como promover la buena salud y calidad de vida. La psicología clínica se interesa además, por establecer psicodiagnósticos en la búsqueda de identificar trastornos y de analizar la condición psicopatológica, para a partir de allí, establecer un tratamiento apropiado.

Por su parte López (2013) añade que la psicología clínica además provee de modelos conceptuales que explican los diferentes trastornos mentales y del comportamiento, y dan bases para la generación de estrategias de investigación, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las diferentes problemáticas, así como conocimiento acerca de los fenómenos comportamentales y relacionales que transgreden en la salud de las personas, de modo que la psicología clínica posee capacidad operativa en el eje salud-enfermedad.

Prado-Abril, Sánchez-Reales e Inchausti (2017) consideran que la psicología clínica se encarga dentro de otras cosas de la evaluación, el diagnóstico, la formulación de casos, la capacidad para vincularse con el paciente y la implementación de tratamientos. A lo cual añaden la importancia de todas estas tareas se realicen desde la práctica basada en la evidencia, de modo que se integre la evidencia empírica disponible de acuerdo al contexto en el que se desarrolla la persona y las preferencias de esta.

Bados (2008) detalla en los elementos principales de la psicología clínica, mencionados también por los autores previamente tratados. De este modo refiere a la aplicación de los siguientes procesos:

- Evaluación: esta permite obtener información sobre los comportamientos, herramientas, recursos, limitaciones y problemáticas del paciente. Para ello se hace uso de entrevistas, escalas, observaciones y registros psicofisiológicos.
- Tratamiento o intervención: se enfoca en la reducción de la problemática y/o de la sintomatología del paciente. Se trabaja así en educar a la persona sobre su condición y se fortalecen las capacidades y herramientas personales para la mejoría de dicha condición.
- Prevención: se encuentra dirigida a evitar la aparición de diferentes problemáticas o bien a realizar una detección y atención temprana de estas.
- Investigación: comprende la formulación de modelos y teorías respecto a diferentes trastornos, y la evaluación de los resultados de aplicación de diferentes intervenciones y tratamientos.

### 3.3 Psicología de la salud.

Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010) definen la psicología de la salud como una suma de contribuciones de la psicología a la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de enfermedades, lesiones o muerte; incorporándose en el mejoramiento del sistema sanitario y la creación de políticas públicas de salud. Además, consideran su aparición en la década de 1970 gracias a la formalización del modelo biopsicosocial, que viene a resaltar la importancia de la psicología en los procesos de salud y enfermedad, por ejemplo, en el factor de comportamiento de la persona en enfermedades crónicas, o los cambios en el estilo de vida tras un diagnóstico.

Así mismo, Gómez (2007), Sarafino y Smith (2011) y Brannon, Feist y Updegraff (2014) convienen en que la psicología de la salud se enfoca en cuatro objetivos: promover y mantener la salud, la prevención y tratamiento de enfermedades, la identificación de factores de riesgo para la salud y diagnóstico de enfermedades y, por último, la mejora del sistema de atención médica y las políticas de salud. Los autores argumentan que, para lograr estos objetivos, la psicología de la salud debe atender a la conducta y a los estilos de vida de las personas, así como encargarse de la elaboración, aplicación y evaluación de resultados de programas destinados al control y/o modificación de los sistemas de atención sanitaria y políticas de salud.

Los principales determinantes de los problemas de salud, enfermedades y problemáticas que afecta al ser humano en la actualidad, según lo establecido por Gómez (2007), están basados en causas conductuales, biológicas y sociales. Por ello, Gómez (2007) propone la utilización de estrategias de manejo educativo con la población, para propiciar la transformación de estilos de vida, disminuir factores de riesgo para la salud y mejorar la calidad de vida. Lo cual debe realizarse en conjunto con otros profesionales en salud, desde un abordaje integral e interdisciplinario.



Sarafino y Smith (2011) sin embargo consideran que la psicología de la salud debe su especial interés a las enfermedades crónicas y a cómo los cambios en los estilos de vida de las personas pueden incidir en estas enfermedades. Para estos autores, las condiciones asociadas al desarrollo de la enfermedad o lesión son factores de riesgo, que también pueden ser genéticos, biológicos y/o conductuales, sobre los que se puede intervenir.

Brannon, Feist y Updegraff (2014) comentan sobre los servicios de los profesionales en psicología de la salud, por ejemplo, proporcionar atención médica como parte de equipos multidisciplinarios, abordajes preventivos y de promoción de la salud en diferentes programas, labores en investigación e intervención en clínicas y hospitales desde la psicología de la salud clínica. En esta última se ofrecen alternativas al tratamiento farmacológico, intervenciones conductuales en el tratamiento de trastornos físicos y psicológicos, realizar evaluaciones, entre otros.

### 3.4 Medicina conductual.

Mata, Sáenz y Ramírez (2006) refieren que el punto de enfoque de la medicina conductual son los trastornos físicos y las disfunciones fisiológicas. Ante estas se busca aplicar técnicas de la modificación de conducta para así evaluar, tratar y prevenir estas afecciones. Sarafino y Smith (2011) y Brannon, Feist y Updegraff (2014) añaden que la medicina conductual es un campo interdisciplinario que emplea técnicas conductuales y biomédicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación relevantes para la salud y la enfermedad. De modo tal que se integran los conocimientos en técnicas biomédicas con conocimientos en psicología.

Keefe (2011) menciona que este término comenzó a utilizarse para referirse a una modalidad de tratamientos y aplicaciones en salud asociadas al condicionamiento instrumental de respuestas

fisiológicas, posteriormente se fue ampliando, incorporando influencias interdisciplinarias de los conocimientos sobre el comportamiento y la salud, para pasar posteriormente a desarrollar e integrar estos conocimientos sobre el comportamiento y las ciencias biomédicas. Finalmente se desarrolló la aplicación de estos conocimientos y estas técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de afecciones (Keefe, 2011).

Gallardo (2017) agrega que el objetivo de la medicina conductual es el “abordaje de la salud de forma interdisciplinaria e integral, utilizando conocimiento teórico y metodológico generado por las ciencias sociales (psicología, sociología, antropología, epidemiología, promoción de la salud) y ciencias biomédicas (psiquiatría, fisiología, endocrinología, inmunología, farmacología, nutrición, biología, química)” (Gallardo, 2017, p. 16). De modo tal que se interesa por la relación entre los factores biológicos, sociales, psicológicos y conductuales, en el mantenimiento de la salud y/o el desarrollo de la enfermedad. Mora (2017) agrega que además, la medicina conductual busca mejorar el encuentro de los y las pacientes con el profesional en medicina para una mejor toma de decisiones, favorecer la adherencia y potenciar resultados positivos en la salud.

Sarafino y Smith (2011) consideran que esta integración ha demostrado tener éxito en los enfoques terapéuticos al ayudar a las personas a modificar sus conductas problemáticas como el consumo excesivo, adicciones, ansiedad, entre otras. Mata, Sáenz y Ramírez (2006) resaltan el papel del manejo del estrés en las técnicas de la medicina conductual, identificando también factores de riesgo, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento ante las diversas afecciones físicas. Gallardo (2017) considera, además, que las conductas de las personas pueden comportarse como un factor de riesgo o de protección para el desarrollo de enfermedades o el mantenimiento de la salud, y por ello la aplicación de la medicina conductual a nivel hospitalario puede contribuir en la modificación de las conductas de riesgo para la salud.

### 3.5 Terapia cognitivo conductual.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento psicológico que se fundamenta en el apoyo empírico, el uso de un método sistemático y una orientación a objetivos específicos. Esto lo hace entendiendo la relación entre las cogniciones, la conducta y las emociones, y cómo estas permiten que la persona emita respuestas que le pueden resultar funcionales o desadaptativas (Gallardo, 2017).

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) consideran que esta terapia se da desde la aplicación clínica de la ciencia psicológica, apoyándose en la validación empírica de sus procedimientos. Añaden que todas las conductas pueden modificarse pues son de carácter aprendido, de este modo la terapia cognitivo conductual realiza un análisis de la conducta y su ambiente para así modificarla mediante principios del aprendizaje. De igual forma, interviene sobre pensamientos, respuestas emocionales, cambios fisiológicos, entre otros, que vienen a ser diferentes niveles de la conducta, buscando eliminar la conducta desadaptativa y enseñando la conducta funcional o adaptativa.

Este es un enfoque activo y de naturaleza educativa, que busca proveer a los consultantes herramientas que le sean útiles en su vida cotidiana, sin dejar de ser empírico al estar en constante evaluación y tratamiento a lo largo de la intervención. Además, cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, que se desarrollan con una base científica a través de la experiencia clínica y metodologías experimentales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Otra característica de este modelo, según exponen Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), es que esta es una terapia altamente estructurada, buscando siempre la mayor efectividad, eficiencia y eficacia. En su estructura se realiza una evaluación conductual y análisis funcional de la conducta, tratamiento, prevención de recaídas y se da un seguimiento.

Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010) confirman cómo la terapia cognitivo conductual a través de su estructura y base empírica, ha demostrado ser eficaz, efectiva y eficiente, mostrando los mejores resultados en el menor tiempo y bajo el menor costo, en el tratamiento de diversos diagnósticos como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos alimenticios, trastorno disocial, problemas en el manejo del estrés o regulación de las emociones, entre muchos otros.

La terapia cognitivo conductual se muestra además versátil, esta se puede aplicar de manera individual, pareja, familia o grupal. Pratz, Domínguez, Rosado, Pailhez, Bulbena y Fullana (2014) y Mora y Rodríguez (2016) argumentan que el formato de terapia grupal presenta sus principales ventajas en el costo y beneficio en comparación con la terapia individual y conservando la eficacia de esta. Además, añaden que su efectividad se ha encontrado en intervenciones en el manejo del estrés, ansiedad, depresión, trastornos de pánico, fobias, entre otros.

Para realizar las intervenciones a nivel grupal es necesario que la composición del grupo sea homogénea en cuanto a diagnóstico, se recomienda trabajar con grupos de pequeños, de máximo 12 personas y realizar entre 10 y 14 sesiones con el grupo, además se espera que la duración de las sesiones sea entre 60 a 120 minutos. Dentro de las técnicas principales que se trabajan se encuentran la psicoeducación, técnicas de exposición, de reestructuración cognitiva y de control conductual y autocontrol (Pratz; et al., 2014; Mora y Rodríguez, 2016).

Bados (2008) considera que una de las principales ventajas de la utilización de terapia grupal es que los participantes puedan observar cómo otras personas poseen problemáticas similares, además de permitir espacios de discusión sobre la sintomatología, herramientas y soluciones intentadas por los diferentes miembros y sin duda la apertura de espacios de apoyo tanto dentro como fuera de las sesiones.

De este modo, con las intervenciones grupales se pretende no solo tratar diferentes diagnósticos o afectaciones, sino también ofrecer bienestar, habilidades para la vida cotidiana, fortalecer habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, regulación emocional y mejora en la calidad de vida de las personas.

### 3.6 Terapia Cognitiva de Beck.

Esta modalidad terapéutica se enfoca en la modificación de pensamientos y conductas que resultan disfuncionales. Korman (2011) explica que la teoría cognitiva de Beck se fundamenta en el principio de que cualquier modificación que se realice sobre las cogniciones generará un cambio a nivel emocional y en el estado de ánimo y, en consecuencia, cambios a nivel conductual.

Precisamente, para Korman (2011) la terapia cognitiva se centra en la interacción de tres áreas: la esfera cognitiva, la emocional y la conductual. El área sobre la que se desarrolla la terapia cognitiva es el área de la cognición influenciando sobre ella para producir cambios en las otras esferas, esto es posible porque las tres esferas mencionadas funcionan como un continuo.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) detallan que en esta terapia se trabaja sobre las cogniciones formadas por pensamientos negativos, pensamientos automáticos y pensamientos distorsionados de la realidad específicamente. Su enfoque de abordaje se da desde la tríada cognitiva, fundamentada en una versión negativa de sí, del mundo y del futuro, además de los esquemas cognitivos, entendidos como estructuras cognitivas para la detección, codificación y evaluación de los estímulos que inciden en el organismo. Estos esquemas son: (1) verdades sobre sí mismo y/o el entorno; (2) se perpetúan a sí mismos y son resistentes al cambio; (3) disfuncionales; (4) activados por un cambio ambiental; y (5) producen gran afectación (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Dentro de los esquemas cognitivos encontramos también creencias nucleares que se encuentran a un nivel más profundo, estableciendo juicios y reglas sobre uno mismo y el mundo en general particularmente rígidas e inflexibles (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Otro de los principales aportes de la terapia cognitiva de Beck es la diversidad de distorsiones cognitivas, teorizando sobre por qué cada una de ellas es irracional y proponiendo alternativas racionales. Díaz, Ruiz y Villalobos (2012) proveen de una extensa lista que incluye el catastrofismo, la sobregeneralización, el perfeccionismo, la personalización, la inferencia arbitraria y muchas otras más. Estas distorsiones cognitivas y sesgos negativos pueden surgir en cualquier persona ante situaciones estresantes, y no necesariamente en personas con diagnósticos de ansiedad o depresión como se podría pensar.

### 3.7 Terapias de tercera generación.

Las terapias de tercera generación concentran su atención en elementos como la aceptación, la activación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, los valores y las relaciones de la persona con su entorno (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Desde estas posturas se entiende el comportamiento desde una visión funcional de la conducta, entendiendo como las problemáticas se originan de la interacción entre la persona y su contexto.

#### *Mindfulness y compasión.*

Mindfulness se podría traducir al español como atención plena, se enfoca en situar la atención en el momento presente, cediendo la rumiación del pasado y futuro. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) lo plantean como una modalidad de meditación que se basa en el aquí y el ahora, la conciencia en el momento presente, con aceptación plena y sin juzgar. Mediante esta técnica se logra una mejoría

en la autorregulación emocional, del comportamiento, de la atención y concentración, así como una disminución en la rumiación y en la aparición de pensamientos desadaptativos.

García y Demarzo (2015) consideran que el mindfulness es un estado de la mente humana, presente en todos los individuos de mayor o menor manera, refieren que se puede alcanzar el estado mindfulness meditando y sin meditar. Así mismo coinciden en que una vertiente del mindfulness proviene de cualidad de cuidado y atención, esta vertiente se integra con la práctica de la compasión, la cual los autores definen como “el sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de otro y que conlleva un deseo de ayudar.” (García y Demarzo, 2015, pp 29-30) En el mindfulness la atención se puede ubicar en el presente o se puede intencionalmente colocar en un lugar específico, en este caso en la toma conciencia del sufrimiento de uno mismo y de los otros, despertando el deseo por ayudar a aliviarlo, atenderlo y evitarlo; comprendiendo el sufrimiento como intrínseco en la naturaleza humana.

Para trabajar la compasión y autocompasión García y Demarzo (2015) proponen la utilización de gestos compasivos durante la relajación o meditación, los cuales son contactos corporales suaves acompañados de una vocalización en tono suave, algunos ejemplos son colocar las manos en el pecho, abdomen, en un abrazo a sí mismo, acariciar piernas, cara, cabello, entre otros. Las vocalizaciones que lo acompañan deben ser personalizadas y expresar deseos genuinos que evoquen sensaciones positivas en necesidades básicas de amor, felicidad, paz, salud, seguridad, entre otros.

#### *Terapia dialéctica conductual.*

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) exponen que esta terapia considera el malestar como parte fundamental de la vida y parte de que el problema del paciente no es tener pensamientos o

sentimientos negativos, sino su reacción ante ellos. Por tanto, el objetivo final es una mayor flexibilidad en situaciones de evitación experiencial en las que la persona no puede vivir plenamente. Para ello toma las experiencias y las vive tal cual son, tomando conciencia de ellas, aceptando los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones que surjan.

Vargas y Ramírez (2012) añaden que esta modalidad de terapia se fundamenta en la búsqueda del cambio conductual a través de la aceptación y validación del comportamiento. Ante lo cual explican que la aceptación de los comportamientos implica su reconocimiento, mas no la aprobación de los mismos. Vargas y Ramírez (2012) entienden que los comportamientos responden a estrategias de sobrevivencia ante un contexto psicosocial descalificante, de ello proviene la utilidad de la aceptación de dichos comportamientos, así como el constante refuerzo de los aspectos comportamentales positivos.

Los autores concluyen que en esta terapia, además de la utilización de técnicas cognitivas conductuales como el entrenamiento en habilidades, el manejo de contingencias, la reestructuración cognitiva, técnicas de exposición, entre otras; se añaden estrategias para el incremento del compromiso terapéutico, estrategias de aceptación y dialécticas, como la utilización de contratos conductuales orientados a la adherencia al tratamiento, utilización de metáforas como forma de explicación del contenido, entre otras (Vargas y Ramírez, 2012).

#### *Terapia de aceptación y compromiso.*

Vargas y Ramírez (2012) definen la terapia de aceptación y compromiso como una intervención de carácter conductual que se fundamenta en los valores personales de los consultantes, el abordaje de la evitación experiencial y el empleo de estrategias de aceptación y toma de conciencia de la propia conducta.



Se parte además de la afirmación de que el dolor y el sufrimiento psicológico son inevitables, por lo cual se debe desarrollar flexibilidad psicológica, que permita al consultante contactar con la toma de consciencia de sí mismo y discernir entre estrategias de afrontamiento que disminuyan el malestar y que permitan cambiar los comportamientos problemáticos que se posean (Vargas y Ramírez, 2012).

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) también plantean que una de las bases de la terapia de aceptación y compromiso son los valores personales, los cuales son reforzadores vía oral relacionados con aquello a lo que las personas dan más importancia en su vida. Una de las técnicas que se utiliza en esta terapia es la orientación hacia los valores personales, de modo que el consultante pueda identificar cuáles son sus motivaciones respecto a su desarrollo personal y sus proyectos de vida en busca de una vida plena y satisfactoria, y así, lograr encaminar sus decisiones y acciones hacia sus valores personales.

### 3.8 Áreas de intervención.

#### *Ansiedad.*

Riveros, Hernández y Rivera (2007) definen la ansiedad como un mecanismo adaptativo que nos permite activar un estado de alerta ante sucesos que resultan amenazantes o retadores. Ante esto explican que un bajo grado de ansiedad permite mantener la precaución en situaciones especialmente peligrosas, así como mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante (Riveros, Hernández y Rivera, 2007). Por su parte Álvarez, Aguilar, y Lorenza (2012) señalan que “la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto” (Álvarez, Aguilar y Lorenza, 2012, p. 35).

Esta definición nos permite entender que la ansiedad puede llegar a ser desproporcionada respecto a la situación o presentarse en ausencia de cualquier peligro. Cuando la ansiedad se presenta en estos momentos no considerados de peligro o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como patológica, pues afecta el funcionamiento psicosocial y fisiológico (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

Álvarez, Aguilar, y Lorenza (2012) explican que existe una ansiedad normal que todos tenemos ante cualquier situación importante, pero cuando esta aparece de forma continua y excesiva descontrolando conductas y pensamientos, esta se convierte en disfuncional pues impide la consecución de metas u objetivos. Por ejemplo, ante los exámenes y otras pruebas los alumnos pueden sentir diversos grados de ansiedad, ante esto pueden padecer trastornos físicos muy diversos como insomnio, dolores de cabeza, náuseas, vómitos y entre otros, agravándose cada vez más (Álvarez, Aguilar y Lorenza, 2012).

Capafóns y Alarcón (2010) coinciden en que todos los seres humanos sienten ansiedad, entendiendo que esta nos suele ayudar a enfrentarnos a las situaciones problemáticas diarias, sin embargo, algunas personas desarrollan una ansiedad desproporcionada que interfiere con sus actividades diarias y sus objetivos.

Los trastornos de ansiedad son también comunes en población infantil y joven, con tasas de prevalencia del 10-20% en la población general y en los entornos de atención primaria en salud, según reportan Pahl y Barret (2010). Los síntomas ansiosos en población joven suelen estar asociados con dificultades en el área académica, en relaciones sociales y de pares, y preocupaciones por la salud emocional futura. Kendall, Furr y Podell (2010) agregan que los trastornos de ansiedad infantil tienden a ser crónicos y recurrentes por lo que suelen requerir tratamiento psicológico para remitir, de lo contrario podrían generar afectación en otros aspectos

de la vida cotidiana, incluido el rendimiento académico, la interacción social, la confianza en sí mismo y la capacidad de disfrutar de las experiencias cotidianas (Kendall, Furr y Podell 2010).

El principal síntoma de la ansiedad es una preocupación excesiva acompañada por inquietud, fatiga, irritabilidad, dificultades para sostener la atención, temblores, sacudidas, inquietud motora, dolores o entumecimientos musculares, sudoración, manos frías, boca seca, náuseas, diarreas, polaquiuria, dificultad para tragar, sensación de que se tiene algo en la garganta, entre otros (Capafóns y Alarcón, 2010).

Álvarez, Aguilar y Lorenza (2012) añaden que además del malestar y la preocupación se presenta hipervigilancia, miedo e inseguridad constantes, sensación de pérdida de control, dificultad en la toma de decisiones y resolución de problemas.

Desde la perspectiva de la Terapia Racional Emotiva Conductual, Díaz, Ruíz y Villalobos (2012) comentan la ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora. La ansiedad del yo, corresponde a un malestar emocional intenso junto con fuertes sentimientos de depresión, vergüenza, culpa o incapacidad. La ansiedad perturbadora corresponde a un malestar emocional experimentado por personas que consideran que su vida o bienestar está amenazado, que deben conseguir necesariamente lo que desean y consideran que es terrible no conseguir lo que deben o tienen que tener. Se podría decir que la ansiedad del yo se asocia con creencias relacionadas con incompetencia o descalificación personal, mientras que las creencias relacionadas con la ansiedad perturbadora se refieren a no aceptar el malestar como emoción humana o considerar que las emociones negativas no se deben tener porque son malas.

### *Depresión.*

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes en la actualidad, entre el 9% y 20% de la población llega a presentar depresión en algún momento de su vida (Pérez, Fernández, Fernández y García, 2010). Del Barrio y Carrasco (2002) la establecen como una patología del estado de ánimo que tiene como característica principal la alteración del humor con presencia de sentimientos de tristeza o irritabilidad y desinterés por las actividades que antes representaban interés.

Rot, Mathew y Charney (2009) coinciden en que una de cada cinco personas experimentará un episodio depresivo en algún momento de su vida. Describen así el episodio depresivo mayor con la presencia de estado de ánimo bajo, incapacidad para experimentar placer o anhedonia, combinado con síntomas cognitivos y vegetativos y la aparición de angustia o deterioro. Juntos, estos factores afectan el funcionamiento diario de la persona. Los autores consideran que los efectos del componente genético, la adversidad psicosocial en la infancia y el estrés psicosocial pueden afectar múltiples sistemas neurobiológicos en el cerebro, desencadenando episodios depresivos.

En el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición; (DSM V), se incluyen diferentes variantes: trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias, trastorno depresivo debido a otra afección médica y trastorno depresivo inespecífico (American Psychiatric Association, 2013).

American Psychiatric Association (APA, 2013) caracteriza la depresión por la presencia de episodios que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas.

Dentro de sus principales síntomas se citan:

- Estado de ánimo deprimido.
- Disminución notable del interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- Pérdida de peso significativa o aumento de peso significativo, disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación psicomotora.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, dificultad en la toma de decisiones.
- Presencia de pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.
- Angustia o discapacidad significativas en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

Estos síntomas se presentan en menor o mayor intensidad y por mayor o menor cantidad de tiempo en las diferentes clasificaciones establecidas en el manual descrito, sin embargo, se consideran manifestaciones base de los trastornos depresivos (APA, 2013).

### *Estrés postraumático.*

El trastorno de estrés postraumático hace referencia a reacciones intensas ante estresores, que han llegado a establecerse debido a una experiencia traumatizante de la cual la persona no ha podido recuperarse (Monson, Resick y Rizvi, 2014). El evento traumático por lo general se caracteriza por haber sido posiblemente fatal, con presencia de lesiones graves o violencia sexual, no necesariamente debió de ocurrirle al individuo, este pudo haberlo visualizado indirectamente (Monson, Resick y Rizvi, 2014).

Báguena (2010) define el trastorno de estrés postraumático como un “trastorno de ansiedad que deriva de una reacción emocional fuerte a un estresor de intensidad excepcional que puede poner en juego la supervivencia de la persona” (Báguena, 2010, p. 311). La sintomatología de este trastorno se podría agrupar en tres tipos de síntomas, de reexperimentación, síntomas de evitación o embotamiento y síntomas de hiperactividad.

Los síntomas de reexperimentación se componen por la presencia intrusiva de pensamientos, emociones, imágenes, pesadillas y conductas relacionadas con el evento traumático vivenciado o presenciado. Los síntomas de evitación se caracterizan por la acción de evadir los pensamientos, emociones, actividades, lugares y personas que guarden relación con el suceso traumático. Dentro de estos síntomas también puede ocurrir un bloqueo completo de emociones tanto positivas como negativas como forma de evitación. Finalmente, en la hiperactivación se presentan dificultades para dormir, irritabilidad, hipervigilancia y sobresalto ante estímulos poco intensos (Báguena, 2010).

APA (2013) describe además otros síntomas que podrían presentarse, como por ejemplo la incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático, generación de creencias o

expectativas exageradas hacia uno mismo y los demás, generando culpa; disminución del interés o de la participación en actividades que antes generaban interés, generando desapego o alejamiento de otras personas, incluso cercanas. A nivel emocional también se identifica la prevalencia de emociones negativas como el miedo y la ira en contraste con la incapacidad de sentir emociones positivas como la alegría o enamoramiento.

Para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático se establece una duración no menor a un mes, además de que la sintomatología haya afectado áreas sociales, laborales u otras (APA, 2013).

#### *Trastorno Obsesivo Compulsivo.*

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por pensamientos y conductas obsesivas y compulsivas, que afectan negativamente el desarrollo diario de las personas. Franklin y Foa (2014) diferencian entre las compulsiones y obsesiones, siendo las primeras conductas o pensamientos repetitivos que se generan con el fin de manejar los sentimientos producidos por las obsesiones, las que hacen referencia a pensamientos persistentes que se presentan y producen ansiedad o estrés. La persona tiende a crear rituales con los cuales puede disminuir los niveles de ansiedad, de esta manera se refuerzan dichas conductas rituales (Franklin y Foa, 2014).

En el DSM V se consideran las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas que se dan de forma recurrente y persistente. También se consideran obsesiones los intentos de la persona de ignorar o eliminar dichos pensamientos, neutralizándolos con otros pensamientos o acciones. Las compulsiones, por su parte, son entendidas como comportamientos repetitivos o actos mentales que un individuo se siente forzado a hacer en la presencia de pensamientos obsesivos. La relación entre las obsesiones y compulsiones se convierte así en una regla rígida que

debe cumplirse, siendo las compulsiones el mecanismo mediante el cual se previene o se alivia la ansiedad (APA, 2013).

La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo es de aproximadamente 1% de la población. Estudios epidemiológicos indican que este trastorno se da en relación de 2:1 en hombre a mujer, además, se presenta comúnmente en los hombres entre la edad de 13 a 15 años y en mujeres entre los 20 y 24 años (Franklin y Foa, 2014).

La descripción de este trastorno proviene de la teoría de los dos estados para la adquisición y mantenimiento del miedo y la evitación descrita por Mowrer (1960, citado por Franklin y Foa, 2014). La primera de estas etapas hace referencia a el proceso en donde eventos neutrales se asocian con el miedo producido por el estímulo negativo que provoca disconformidad y ansiedad. La segunda etapa hace referencia a la evitación y al escape generados para disminuir los niveles de ansiedad en donde se pueden presentar conductas rituales (Franklin y Foa, 2014).

#### *Trastorno de pánico.*

DSM V explica que en este trastorno la persona presenta crisis de angustia o ataques de pánico inesperados y recurrentes, seguidas de preocupación persistente por tener más ataques de pánico, temor a perder el control en cualquier momento, a sufrir un ataque cardíaco o a volverse loco. Esto genera cambios conductuales en la persona, como evitar situaciones desconocidas, actividad física o situaciones similares a aquellas en las que se ha tenido ataques de pánico (APA, 2013).

Botella (2010) menciona que estas crisis de angustia tienen un inicio súbito y llegan a su máxima intensidad en pocos minutos, durante el ataque la persona tiene una sensación de peligro inminente y un intenso impulso por escapar. Además, los ataques pueden ser inesperados, determinados situacionalmente o predispuestos situacionalmente.



APA (2013) definen el ataque de pánico como una repentina oleada de miedo intenso que se esparce rápidamente. Se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Palpitaciones, latidos cardíacos o frecuencia cardíaca acelerada.
- Sudoración.
- Temblores.
- Sensaciones de falta de aliento o asfixia.
- Dolor o molestias en el pecho.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensaciones de calor.
- Entumecimiento u hormigueo.
- Desrealización o despersonalización.
- Miedo a perder el control o "volverse loco".
- Miedo a morir.

#### *Agorafobia.*

Bados (2010) define la agorafobia como un miedo intenso que se genera al estar en lugares de los cuales es difícil o vergonzoso escapar o refugiarse. Este miedo se encuentra relacionado a la presencia de ataques de pánico o síntomas de pánico que puedan surgir en lugares públicos, por ejemplo, en los que no se cuenta con ayuda o la posibilidad de escapar. Esto conduce a la persona a evadir las situaciones o espacios temidos, o bien soportarlas con el apoyo de otra persona o con gran ansiedad.

Algunas situaciones que describe APA (2013) que generan ansiedad y miedo en personas agorafóbicas son utilizar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, situarse en una fila o multitud y encontrarse fuera de casa solo. Además, reiteran la evitación que se desarrolla a estos lugares o situaciones, así como la necesidad de compañía.

#### *Trastorno por déficit de atención.*

El trastorno de déficit atencional e hiperactividad llega a ser definido por Barkley (1990, citado por Moreno y Servera, 2002) como:

“El trastorno por déficit atencional con hiperactividad es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las conductas gobernadas por reglas y a un determinado patrón de rendimiento” (p. 222).

Cabe destacar que las personas con diagnóstico de déficit atencional pueden enfrentar afectaciones en tres posibles áreas: la atención, la sobreactividad motora y la impulsividad. La atención es una de las primeras áreas en verse afectadas, incidiendo sobre la atención selectiva, la dividida y la sostenida, siendo esta última la más afectada (Moreno y Servera, 2002). Por otra parte, los problemas de impulsividad se centran en la incapacidad para inhibir conductas y dificultad en control inhibitorio general, lo cual lleva a obstaculizar el alargar el tiempo en obtener refuerzos, así como seguir instrucciones, tomar decisiones y solucionar problemas (Moreno y Servera, 2002).

La sintomatología característica de este trastorno se ve reflejada especialmente en el ámbito académico, presentándose dificultades para el aprendizaje y déficits cognitivos en pruebas de inteligencia o tareas de rendimiento (Moreno y Servera, 2002). Además, Moreno y Servera (2002) identifican una tendencia a generar comorbilidad con trastornos de conducta y trastornos emocionales.

#### *Trastorno de espectro autista.*

Smith (2010) define este como un trastorno del desarrollo que se distingue por deficiencias en la interacción social y la comunicación, y comportamientos restringidos y repetitivos. También se puede manifestar comportamiento disruptivo, como berrinches, agresión y autolesiones (Smith, 2010).

APA (2013) coincide en que las características centrales del espectro autista son el deterioro en la comunicación social recíproca y la interacción social, y los patrones restringidos y repetitivos de intereses y del comportamiento. Añade que la sintomatología suele iniciar su aparición en la primera infancia, previo al ingreso al sistema educativo o al inicio de este, además, los síntomas limitan o afectan el funcionamiento diario.

Para una mejor comprensión del espectro se agrupa la sintomatología en las dos características esenciales del trastorno. Inicialmente APA (2013) detalla que las deficiencias en la comunicación y la interacción social se centran en las capacidades de establecer reciprocidad socioemocional, utilizar conductas comunicativas no verbales para favorecer la interacción social, además de dificultad para iniciar, mantener y comprender relaciones sociales en general.

En cambio, los patrones restringidos y repetitivos de intereses, actividades y conductas se caracterizan por movimientos motores estereotipados y repetitivos, uso de objetos o habla de

manera estereotipada y repetitiva, patrones rituales y establecimiento de rutinas rígidas e inflexibles, insistencia en la simetría y el orden, intereses temáticos restringidos, y un patrón hipersensorial o hiposensorial ante los estímulos sensoriales del entorno (APA, 2013).

Smith (2010) detalla que dentro de la sintomatología pueden aparecer condiciones específicas como la dificultad para establecer contacto visual, la tendencia a recitar guiones de películas o monólogos sobre sus temas favoritos. Estos intereses restringidos y repetitivos llevan a una imaginación y un juego creativo limitados, por ejemplo, su juego puede consistir en movimientos motores como aletear las manos u organizar los juguetes en filas ordenadas.

APA (2013) distingue tres diferentes niveles dentro del espectro autista, que se desglosan según el nivel de apoyo que requiera la persona en los aspectos esenciales previamente descritos. De este modo se identifica los niveles según si la persona requiere apoyo muy sustancial, requiere apoyo sustancial y requiere apoyo respectivamente. Se aclara, además, que el nivel puede variar según el contexto y fluctuar con el tiempo (APA, 2013).

#### *Trastorno adaptativo o duelo.*

O'Donnell, Agathos, Metcalf, Gibson y Lau (2019) definen el trastorno de adaptación como una respuesta emocional y conductual desadaptativa que se produce en función de un factor estresante, o varios. No se especifica la tipología de los factores estresantes, sin embargo, se ejemplifican eventos traumáticos, como la exposición a la muerte o amenaza de muerte, conflictos interpersonales, muerte de un ser querido, desempleo, dificultades financieras o enfermedades personales o de un ser querido (O'Donnell; et al. 2019).

Quienes presentan un trastorno adaptativo, experimentan dificultades para adaptarse después de un evento estresante, generando respuestas al estrés fuera de las reacciones esperadas social o

culturalmente al factor estresante, causando deterioro en el funcionamiento diario de la persona (O'Donnell; et al. 2019).

APA (2013) considera que en este trastorno se desarrollan síntomas emocionales y/o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable vivenciado por la persona. Su principal síntoma es la presencia de angustia en desproporción a la gravedad o intensidad del factor estresante, que llega a afectar a la persona en áreas sociales, ocupacionales u otras. Se establecen diferencias según si predomina estado de ánimo depresivo, con ansiedad o con alteración conductual (APA, 2013).

Rodríguez (2018) detalla en la presencia de otros síntomas, como ansiedad, tristeza, labilidad emocional, llanto fácil, irritabilidad, disminución del interés en general, apatía y falta de esperanza hacia el futuro. Además, aclara que si estos síntomas no remiten y en su lugar se siguen percibiendo con la misma intensidad inicial entonces se describe como un duelo patológico.

#### *Abuso sexual.*

A nivel nacional, en el Código Penal, se establece en el artículo 156 que se entiende como violación el acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, sin distinción de género (Código Penal, Ley N° 4573, 4 de mayo de 1970 y sus reformas). Se aclara además que se incluye la introducción a la víctima de dedos, objetos o animales, incluso si la víctima es obligada a introducir los elementos mencionados. En el artículo 157 se aclara que se considera violación agravada en caso de que el autor tenga parentesco hasta en un tercer grado con la víctima, si se produce un embarazo, si son múltiples autores, o bien que el autor haga uso de su relación de poder con la víctima (Código Penal, Ley N° 4573, 4 de mayo de 1970 y sus reformas).

Mientras tanto en los códigos 161 y 162 se define el abuso sexual contra personas menores de edad o incapaces, y contra personas mayores de edad respectivamente. Se entiende entonces por abuso sexual la realización de actos con fines sexuales por parte del agente u obligar a la víctima a realizarlos (Código Penal, Ley N° 4573, 4 de mayo de 1970 y sus reformas).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) incorpora en su definición de violencia sexual todo acto sexual o tentativa de consumar un acto sexual, elementos no encontrados en la ley nacional descrita. Además, incluye comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, entendidos como acoso sexual y la presencia de coacción por parte una persona a realizar actos sexuales, sin distinción de la relación o ámbito en el que se dé.

De modo que, para la OMS (2011) la violencia sexual incluye desde la penetración forzada hasta el acoso verbal, sin realizar distinciones entre si el agente es una persona desconocida o incluso pareja amorosa, así como si la violencia sexual se da en el hogar, escuela, trabajo, espacios públicos u otros.

Chejter (2015) añade que estas prácticas suelen ser impuestas mediante la utilización de fuerza física, armas o intimidación. Además, reitera la diversidad de ámbitos o espacios físicos en los que ocurre, así como la posible relación con el agente, individual o múltiples, y agrega que estas situaciones pueden presentarse en una única ocasión o en situaciones reiteradas.

La violencia sexual tiene alto impacto en la persona, pudiendo afectar todas las esferas de su vida, incluyendo la integridad física, emocional y sexual, además de implicaciones en los espacios social, familiar, laboral y patrimonial; y por último afectaciones el sentido de dignidad, de libertad personal y de justicia (Chejter, 2015). Por esta razón, se considera imprescindible la atención y abordaje integral a la población víctima de violencia sexual en el sistema de salud pública.

### *Enfermedades crónicas.*

Las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles se caracterizan por ser prolongadas en el tiempo y de progresión lenta. La OMS (2011) las señala como la principal causa de mortalidad en todo el mundo, siendo 36 millones de muertes, del total de 57 millones en 2008, atribuidos a enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.

La OMS (2011) da énfasis a que las enfermedades crónicas están directamente relacionadas a factores de riesgo comportamentales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Estas conductas de riesgo son de orígenes psicosociales, incorporando además de las conductas individuales la transición económica, los procesos de urbanización y los estilos de vida del siglo XXI.

Enfermedades como la hipertensión, sobrepeso y obesidad, hipercolestemia e infecciones relacionadas con el cáncer, las cuales encuentran entre las de mayor incidencia, son enfermedades que se pueden prevenir con la implementación de hábitos saludables y la reducción de conductas de riesgo (OMS, 2011), y por tanto pueden ser trabajadas desde el modelo cognitivo conductual.

Orozco y Castiblanco (2015) coinciden en que las enfermedades crónicas son causadas por factores de riesgo asociados al comportamiento y a factores sociales como el ingreso económico, el trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y la educación. Además de las conductas de riesgo establecidas por la OMS (2011), añaden factores como la cantidad y calidad del sueño, el compromiso con los tratamientos médicos y la utilización de servicios de salud.

Estas afecciones generan implicaciones y cambios en el sistema familiar de la persona, el estilo de vida, los índices de dolor, autoestima, reacciones emocionales y ansiedad, por lo cual, se

recomienda el trabajo sobre estrategias de afrontamiento, estrategias de resolución de problemas, regulación emocional, psicoeducación y otras que permitan al paciente ejercer cierto grado de control sobre sus síntomas y tratamientos (Orozco y Castiblanco, 2011).

### *Estrés.*

Naranjo (2009) define el estrés como la implicación de factores externos o internos de una persona que llevan a un aumento en el esfuerzo que ella necesita para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente. El estrés es caracterizado como una respuesta subjetiva a lo que está pasando, por medio de un estado interno de tensión o excitación. Debido a las alteraciones que se dan en la persona que sufre estrés, a este concepto se le adjudica también reacciones fisiológicas y psicológicas que un organismo experimenta cuando se ve sometido a fuertes demandas.

Naranjo (2009) comenta que el estrés se presenta en las personas cuando ellas identifican una situación o un encuentro como amenazante, y sus propios recursos de afrontamiento no son suficientes para hacerle frente, y esto hace que su bienestar se vea en peligro. En estas situaciones se dan dos procesos. Uno de ellos es la valoración cognitiva del acontecimiento, en donde la persona va a evaluar si el acontecimiento le puede beneficiar o más bien le va a perjudicar, y cómo esto puede afectar su autoestima. El segundo proceso es de afrontamiento, en el cual la persona mide lo que puede o no puede hacer para enfrentar la situación o para prevenir un daño mayor.

Entre las respuestas fisiológicas que presentan las personas ante situaciones de estrés, Naranjo (2009) menciona la presencia de pulso rápido, aumento de la sudoración, palpitations fuertes, estómago contraído, músculos de brazos y piernas en tensión, hiperventilación, dientes apretados con firmeza y mandíbulas cerradas, incapacidad para permanecer quieto y emociones intensas.



### *Entrenamiento de padres.*

El entrenamiento de habilidades y destrezas para padres se presenta como un complemento a la atención clínica de niños, niñas y adolescentes desde el modelo cognitivo conductual (Olivares, Méndez, y Ros, 2002).

Se instruye así en el manejo de herramientas como el modelaje, modelado, ensayos de conducta, manejo de contingencias, refuerzos y castigos, instrucciones, representación de papeles, entre otros (Olivares, Méndez, y Ros, 2002). Además, se trabaja desde las estrategias propuestas por Sanders (2002):

- Pasando tiempo de calidad en compañía de los hijos.
- Fomentar la conducta deseable.
- Dar gran cantidad de afecto físico.
- Conversar con los niños.
- Utilización del aprendizaje incidental.
- Plantear un buen ejemplo por medio del modelado.
- Fomento de la independencia por medio de “pregunta, dilo, hazlo”.
- Proporcionar actividades para que los niños se impliquen en ellas.
- Establecer reglas básicas claras.
- Discusión dirigida.
- Gráficos de buena conducta.
- Dar instrucciones claras y con tranquilidad.
- Consecuencias lógicas.
- Tiempo de calma.

- Tiempo fuera.
- Ignorar de manera planificada.
- Actividades planificadas.

Sanders (2002) considera que mediante el uso de este tipo de estrategias los padres logran incrementar sus conocimientos, recursos, habilidades, confianza en sí mismos y autosuficiencia, fomentando así ambientes seguros, educativos, con disciplina asertiva y expectativas realistas en el hogar y, en consecuencia, propiciar las competencias sociales, emocionales y conductuales en la familia.

#### **4. Objetivos**

##### **a. Objetivo General**

Desarrollar competencias y habilidades en el área de psicología clínica y psicología de la salud mediante la ejecución del rol del profesional en psicología dentro del área de psicología clínica del Hospital México.

##### **b. Objetivos Específicos**

- Elaborar evaluaciones psicológicas determinando la afectación principal, así como factores biológicos, psicológicos y sociales que presenten una influencia sobre ésta en los consultantes del Hospital México.
- Estructurar y aplicar planes de intervención individual y grupal desde el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento y acompañamiento a las personas consultantes dentro del hospital.
- Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas con los consultantes y sobre las afectaciones que presentan.
- Realizar terapias grupales desde el enfoque cognitivo conductual sobre rehabilitación y acompañamiento emocional en grupos conformados por los y las consultantes del Hospital México.

## **5. Metodología.**

Para cumplir con los objetivos planteados se eligió un formato de práctica dirigida, descrita en el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica (1980) como uno de los cuatro modelos de trabajos finales a los que se puede optar para la graduación del estudiante. En la práctica dirigida se espera que el estudiante aplique el conocimiento teórico de su especialidad en una institución o empresa. En el presente caso se planteó una inserción en el Hospital México, específicamente en el área de psicología clínica, por un lapso acordado de seis meses a tiempo completo en horario de 7a.m. a 4p.m., además de horas extras para actividades como planeamiento, preparación de materiales, entre otros. A continuación, se describe la metodología y técnicas empleadas para la ejecución de la práctica dirigida y el cumplimiento de los objetivos descritos.

### **5.1 Caracterización de la población.**

El Hospital México recibe población diversa de todo el sector noroeste del país, y por tanto así lo recibe la sección de psicología clínica en la cual se laboró (Volpacchio, 2018). Como se mencionaba previamente en la contextualización de la institución, el sector noroeste comprende tres provincias completas y otras dos de manera parcial, dentro de ellas la capital del país.

Al ser un centro de tercer nivel, otros centros de atención de salud de primer y segundo nivel de estas provincias filtran gran número de casos referidos a la atención en psicología en el sector, a excepción de comunidades como La Carpio y León XIII que reciben atención directa en el Hospital México (Volpacchio, 2018). De este modo los casos que se reciben son aquellos que se consideran de mayor complejidad, con comorbilidad de diagnósticos, familiares de primer nivel de funcionarios y funcionarios del centro, y los que corresponden a programas o protocolos

específicos que se desempeñan en este hospital, como por ejemplo el programa de implante coclear, programa de cirugía bariátrica, atención a población hemofílica, programa de técnicas de reproducción humana de baja complejidad, diagnóstico de autismo, apoyo a servicios de cardiopatía y oncología, entre otros. Cabe destacar que varios de estos protocolos son exclusivos del Hospital México, por lo que reciben población de todo el territorio nacional.

La CCSS (2017) reporta en su sitio web las estadísticas de salud anuales, donde para el 2017 registra un total de 9684 consultas en el área de psicología en el Hospital México, de un total de 154143 consultas en psicología en instituciones de la CCSS en todo el territorio nacional. No se especifica si estas consultas engloban todas las atenciones o refieren únicamente a las realizadas a nivel de consulta externa, si incluyen el servicio de psicooncología del hospital, o si comprende atenciones grupales u otras modalidades, sin embargo, la cifra refleja un estimado de la población atendida en el hospital.

El área de psicología clínica recibe en sus consultas personas sin distinción de género, de todas las edades, desde la infancia a la adultez mayor, y de todos los niveles socioeconómicos (Ortiz, 2014). Lo que, además, desemboca en motivos de consulta igualmente diversos.

Se cuenta con siete psicólogos en el área de consulta externa del Hospital México y se estima que cada uno programa en agenda un aproximado de cinco consultas diarias, cifra variable según presencia de ausentismo, lo cual se aproximaría a la cifra referida en 2017. Cabe resaltar que además del servicio individual, familiar y de pareja que se da en consulta externa, en los espacios designados se realizan interconsultas no agendadas a pacientes internados en el centro de salud.

## 5.2 Modalidad de intervención.

En la presente intervención se desarrollaron funciones relacionadas con las tareas de un psicólogo dentro de una institución de salud pública. Con el fin de aplicar el conocimiento adquirido a lo largo de la carrera se eligió el modelo cognitivo conductual como base teórica para la atención a los consultantes de la institución, por lo cual los procedimientos y técnicas a utilizar responderán a este modelo, así como la estructura del modelo básico de intervención en el que se realiza una evaluación inicial, tratamiento y evaluación final.

Además de la atención directa a usuarios, se realizaron otras labores administrativas como lo es la confección de registros y notas en el sistema informático Expediente Digital Único en Salud (EDUS), la participación en sesiones administrativas y anatomo-clínicas, actividades técnico-logísticas, labores en comisiones, entre otras. A continuación, se desglosan las funciones realizadas con sus respectivos métodos aplicados.

### a. Evaluación inicial:

Esta etapa responde al primer contacto y acercamiento con el o la consultante, en esta primera fase se realizó una evaluación psicológica cognitivo conductual fundamentada en principios científicos de indagación y medidas sujetas a un proceso previo de validación. Las estrategias de evaluación sugeridas por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) para esta etapa son la entrevista conductual, la observación conductual, autoobservación y autorregistros.

### *Entrevista semi estructurada de la CCSS.*

La CCSS establece una guía básica de entrevista semiestructurada, referida de manera directa por parte de la asesora técnica, a utilizar por los y las profesionales psicología en los diferentes centros de salud del país. A esta guían se le valora y adapta a los diferentes protocolos que atiende

el Hospital México, en las sesiones administrativas del servicio que se realizan de forma bisemanal.

Este formato de entrevista presenta un mayor grado de flexibilidad, parte de preguntas planeadas que pueden ajustarse a los usuarios. Los ejes centrales de esta entrevista descritos por Castro (2019) de detallan a continuación:

- Datos generales: Se anotan nombre completo, número de cédula, edad, profesión o a qué se dedica, lugar de residencia, con quién vive, composición de la familia nuclear, edades y profesiones de estos.
- Se analiza la problemática, análisis y motivo de referencia establecidos por el profesional que emitió la referencia institucional. Se indaga directamente con el o la usuaria su motivo de consulta y si ha utilizado servicios de psicología previamente. Se desarrolla sobre el inicio de la problemática, factores que lo mantienen y estrategias utilizadas previamente.
- Historia de vida: Se construye una línea de tiempo que surge en la infancia, identificando dónde y con quién creció la persona, qué número de hermano es, presencia de alcoholismo en su grupo familiar, violencia intrafamiliar, ausencia de alguno de los miembros, separaciones o infidelidades entre los padres, castigo físico, abuso sexual y eventos traumáticos que vivenció. Además, se indaga sobre el desempeño escolar y cómo se relacionaba con sus pares. Se continúa con el paso a la adolescencia, donde se valoran rendimiento académico, relaciones con pares y conductas de riesgo. En adelante se indaga sobre si la persona asistió a la universidad y/o sobre su vida a nivel laboral. Se detalla sobre relaciones de pareja, y se valora la presencia de alcoholismo o violencia de pareja. Finalmente, si la persona tiene hijos se pregunta sobre cómo ha sido su paternidad y el disfrute de esta.

- Se valora la presencia de ideación suicida actual, así como gestos suicidas previos y otros antecedentes personales previos de depresión, ansiedad u otros. En los antecedentes heredo familiares se indaga sobre ansiedad, depresión, suicidios, internamientos psiquiátricos y otros en la familia.
- Se determina la red de apoyo con la que cuenta la persona en la actualidad, que puedan ser apoyo del proceso terapéutico y la resolución de la problemática o recuperación de la persona. Si es necesario se refiere de forma paralela a trabajo social, psiquiatría, enfermería en salud mental u otros servicios.
- Finalmente se establecen con el o la usuaria tres objetivos de terapia a trabajar.

Como se mencionó previamente, esta entrevista se adapta a los diferentes protocolos hospitalarios. Por ejemplo, a la entrevista realizada a parejas del programa de reproducción humana, técnicas de baja complejidad, aparte de la base se añaden, según comunicación directa de Castro (2019), datos e historia de vida de cada uno de los miembros más la historia de pareja, cómo se conocieron, cómo fue el noviazgo, el paso al matrimonio o la unión libre. Se valora presencia de alcoholismo y violencia intrafamiliar. Se indaga en la motivación para ser padres, el proceso de fertilidad que han llevado, cómo enfrentan las presiones sociales, familiares y personales. Se procura apoyar en la regulación emocional y el proceso médico.

En el caso de consultantes menores de edad se detalla, según lo estructurado por Castro (2019) con los padres o encargados del menor sobre la historia prenatal y perinatal, historia de desarrollo motor, de lenguaje y conductual, historia clínica y descripción a nivel afectivo, verbal y físico.

Para la valoración a usuarios previa a la cirugía bariátrica se da principal importancia al examen mental propuesto por Rojas (1975), valorando pensamiento y juicio crítico, valorando presencia de coacción. Se debe determinar si la persona comprende el proceso quirúrgico y sus



implicaciones, valorar red de apoyo, dieta de la persona y cómo planea implementar los cambios y apearse a la nueva dieta. Además de explicar las precauciones imperativas (Castro, 2019).

En la valoración pacientes cardiopatas, se realizan entrevistas previas a cirugías a corazón abierto, cateterismos, entre otros. En estos casos Castro (2019) sugiere dar especial importancia al examen mental, valorando pensamiento, juicio crítico y presencia de coacción. Determinar si la persona comprenda la cirugía o proceso a realizarse y sus implicaciones. Se debe valorar red de apoyo y cómo planea implementar los cambios en el estilo de vida y apearse al tratamiento médico. Se explican precauciones imperativas y se abordan dudas, manejo del miedo y la ansiedad.

El modelo de entrevista en el caso de otras interconsultas se centra en la condición de internamiento de la persona, además de los ejes básicos previamente descritos. Se valoran sentimientos de ansiedad, angustia, tristeza y frustración a raíz del internamiento y/o el diagnóstico recibido. Se valoran también ideas de escape o de interrupción del tratamiento (Castro, 2019).

Finalmente, Castro (2019) plantea en el caso de las visitas domiciliarias la realización de una entrevista centrada en valorar la dinámica familiar, el cumplimiento del tratamiento del usuario central y las perspectivas de los diferentes miembros de la familia. Esta entrevista combina la valoración psicológica con la de trabajo social y enfermería. Prima la protección a la persona menor de edad, por lo que se valora el acatamiento de los códigos de niñez y adolescencia nacionales.

#### *Entrevista conductual.*

La entrevista conductual es el proceso que permite obtener información y evaluar la posible existencia de un problema psicológico o la afectación que pueda presentar el o la consultante

(Llavona, 2001). Corresponde a un estilo semi estructurado de entrevista, con objetivos y metas específicas y preguntas abiertas y flexibles.

Se considera que en la entrevista semi estructurada referida por Castro (2019) no se detalla lo suficiente sobre análisis funcional de la conducta, por lo cual, se añadieron a este modelo principios de la entrevista conductual. En esta se realiza también una indagación sobre el funcionamiento actual del sujeto y el motivo de consulta; mas se agrega sobre la frecuencia, intensidad y duración con la que se presentan las conductas problema o las afectaciones; y se recaba sobre los antecedentes y consecuentes al funcionamiento que se analiza y la historia del problema o afectación (Llavona, 2001).

Al aplicarse la entrevista conductual se plantearon diversos objetivos descritos por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012):

- Ofrecer al consultante una explicación inicial de lo que pretende la entrevista y la necesidad de esta.
- Identificar conductas problemas y definir las, mostrando las características conductuales de estas.
- Establecer los parámetros de la conducta problema, valorando la frecuencia, intensidad y duración de las conductas detectadas.
- Analizar los antecedentes y las consecuencias de la conducta problema.
- Indagar sobre las fortalezas y recursos del paciente, con el fin de utilizar estas herramientas para el desarrollo de la terapia.
- Establecer las conductas específicas que se tratarán durante la terapia.
- Por último, se sugiere hacer una recopilación de lo hablado durante la entrevista.

Lo anterior procurando crear un clima empático con la persona. Además, aparece fundamental el establecimiento de uno o varios objetivos de terapia con la persona y una revisión breve de la historia de vida del usuario (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Por su parte, Llavona (2001) establece seis pautas o temáticas generales para la ejecución de una entrevista conductual: Delimitación de la conducta problema, importancia del problema, parámetros de la conducta problema, determinantes de la conducta problema, evolución y desarrollo, expectativas y objetivos. Además, da especial interés compromiso con la veracidad y la confidencialidad que se debe hacer con el usuario, así como recomienda adecuar el lenguaje al interlocutor, a su nivel cultural y entorno social; y hacer uso de reforzadores durante la entrevista, como por ejemplo el mantenimiento de contacto visual, posición de apertura, elogios a conductas referidas por el paciente y manifestar comprensión y entendimiento a lo que este manifiesta.

#### *Entrevista motivacional.*

Esta variante corresponde también a una modalidad semi estructurada de entrevista, con un estilo de asistencia directa, centrada en el consultante y con el objetivo de generar un cambio en el comportamiento de la persona. Para ello, Rollnick y Miller (1996) plantean explorar, examinar y resolver ambivalencias que presente el usuario, partiendo de allí para motivar al cambio conductual.

La motivación hacia el cambio debe surgir del consultante, no se le es impuesta. Así mismo es el usuario quien debe articular su propia ambivalencia, mientras el profesional le guía hacia una resolución que le conduzca al cambio. Por tanto, el terapeuta debe ser atento e interesado en los signos de motivación que refiere el usuario, reforzando selectivamente las declaraciones, por más

sutiles que sean estas, de motivación el cambio y reconocimiento del problema (Rollnick y Miller, 1996).

Martínez y Gil (2013) hacen énfasis en la necesidad de expresar empatía durante la entrevista, aceptar incondicionalmente a la persona, reconocer la ambivalencia y reforzar la auto eficacia en el paciente. El usuario es quien debe encontrar sus motivos para el cambio y ser autor de sus propias decisiones, para esto Martínez y Gil (2013) recomiendan hacer uso de las reflexiones a lo largo de la entrevista, técnica en la que se devuelve un resumen de lo expuesto por el paciente, verificando la apropiada comprensión del terapeuta y haciendo énfasis en el discurso de motivación; mencionan como técnicas la reflexión simple, reflexión sobre el significado, sobre las emociones, reflexión amplificada y doble.

Por último, Martínez y Gil (2013) hacen una diferencia en la entrevista según el estadio de la motivación en el que se encuentre el o la consultante, distinguen cinco estadios: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, recaída. Esto pues los objetivos varían en cada fase, yendo desde propiciar la toma de decisiones, prevenir recaídas o reforzar el esfuerzo realizado.

#### *Examen mental.*

El examen mental evalúa el funcionamiento actual del paciente, se realiza en cada usuario y se detalla en su expediente cada sesión como parte del reglamento de la CCSS (Rojas, 1975). En esta evaluación se valoran:

- La presentación, contextura y apariencia personal, el autocuidado e higiene del usuario y la presencia de vestimenta acorde a sexo y edad.

- El nivel de conciencia, alerta y orientación dentro de las tres esferas de ubicación: temporal, espacial y personal.
- El comportamiento psicomotor, identificando movimientos estereotipados, postura y alteraciones.
- El lenguaje y capacidad de conversación, determinando fluidez, ritmo, aspectos formales del lenguaje.
- El afecto y humor, valorando respuestas emocionales, la intensidad y estabilidad de estas, determinando si el afecto es eutímico, distímico, depresivo, hipertímico, hipotímico, hipomaniaco u otros.
- El pensamiento, si este es concreto o abigarrado, capacidad asociativa, circunstancialidad, presencia de perseveración, bloqueo del pensamiento, fuga de ideas, catatonía, incongruencia, divagación, entre otros.
- La percepción, presencia de ilusiones, alucinaciones o delirios.
- La validez del juicio crítico, presencia de capacidad de abstracción y simbolización, capacidad en la generación de conclusiones y toma de decisiones, y capacidad de insight.
- La presencia de ideación suicida y homicida.

#### *Observación conductual y autorregistro.*

La observación conductual, busca centrarse en las conductas manifiestas a través de un registro preciso de la conducta objetivo, así mismo, con ayuda de autorregistros y autoobservación de las conductas, lo cual a su vez es un factor que motiva al cambio (Rojo, 2009). En la presente inserción profesional, se utilizaron estas técnicas con diferentes consultantes con el fin de obtener información más detallada de las conductas, pensamientos y emociones de los consultantes, y

lograr ejecutar un análisis funcional de la conducta, entendiendo los antecedentes y consecuentes de esta.

Ruiz, Días y Villalobos (2012) consideran que la auto observación y auto registro del paciente de su propia conducta son técnicas fundamentales en propiciar la toma de conciencia, por parte del paciente, del funcionamiento de su conducta, lo cual favorece la aparición y mantención de la motivación para el cambio.

#### *Instrumentos.*

Como apoyo en la evaluación de los y las consultantes se utilizaron diferentes instrumentos que facilitaron la recolección de información detallada sobre la condición de la persona. Además, uno de los servicios que ofrece el área de psicología clínica es el de realización de psicodiagnósticos, tanto para tener una mayor claridad del tratamiento a seguir, como para ser determinante en otras instituciones estatales, por ejemplo en la solicitud de pensión o discapacidad, o bien adecuaciones a nivel educativo o laboral.

A continuación se detalla sobre los instrumentos utilizados a lo largo de la práctica:

- **Inventario de Depresión de Beck II (BDI II):** Escala de auto reporte para la evaluación de la sintomatología depresiva, se basa en síntomas presentados en las últimas dos semanas por la persona. Incluye 21 ítems en escala de 0 a 3, sobre tristeza, llanto, irritabilidad, aumento o disminución del sueño y el apetito, cansancio, motivación, sensación de culpa y fracaso, ideas de muerte, entre otros. Su puntuación se divide en normal, depresión leve, depresión leve a moderada, depresión moderada a severa y depresión severa.

Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) refieren en términos generales que la fiabilidad en la consistencia interna de la versión española del BDI-II es buena, mientras que el análisis factorial comprueba que en la población general este instrumento mide dos dimensiones sintomáticas de la depresión, una cognitivo-afectiva y otra somático-motivacional. Además, aseguran que la versión española del BDI-II se muestra con mayor fiabilidad de consistencia interna y validez factorial que el BDI-IA. Aunque los autores no recomiendan su uso como herramienta diagnóstica, concluyen que El BDI-II es útil para identificar los síntomas depresivos y cuantificar su intensidad.

Del mismo modo, Melipillán, Cova, Rincón, Valdivia (2008) coinciden en que la escala presenta una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91, así como una aceptable correlación test-retest, además de discriminar adecuadamente a la población con sintomatología ansioso-depresiva de la población sin sintomatología. consistencia interna del BDI-II para el conjunto de participantes del estudio.

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Escala de auto reporte de la sintomatología ansiosa, se basa en síntomas presentados en las últimas dos semanas por la persona. Incluye 21 ítems en escala Likert de 0 a 3, sobre presencia de sudoración, temblor en manos y piernas, mareos, sensación de ahogo, aumento de ritmo cardíaco, problemas digestivos, temor a morir o que suceda algo malo, entre otros. Su puntuación se divide en ansiedad muy baja, ansiedad moderada y ansiedad severa.

Galindo et al. (2015) aseguran que esta escala es de las más utilizadas en la evaluación de sintomatología ansiosa, en población general y psiquiátrica, aplicándose en

adolescentes y adultos, mostrando una alta consistencia interna (alfa de 0,90), así como una validez convergente mayor a 0,50.

- **NEUROPSI Breve:** Es una escala de valoración del funcionamiento neurológico y cognitivo global, que mide orientación, atención, memoria, lenguaje, lectura, escritura y funciones ejecutivas. Su calificación puntúa según desempeño normal alto, normal, con alteración leve a moderada y con alteración severa.

Picasso, Ostrosky, Nicolini (2004) afirman que NEUROPSI breve presenta alta especificidad y sensibilidad para la detección de alteraciones cognoscitivas en la población mexicana, exponiendo resultados del 87,5% de sensibilidad en la identificación correcta de la presencia de alteraciones cognoscitivas y un 92,8 % de especificidad. Querejeta et al. (2012), por su parte, agregan que este instrumento de valoración neuropsicológica breve, es objetivo y fiable al valorar los procesos cognitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos, con diversos problemas médicos, con analfabetismo y con alto nivel de instrucción.

- **Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV):** esta escala provee resultados en cuatro áreas: índice de comprensión verbal, índice de razonamiento perceptual, índice de memoria de trabajo e índice de velocidad de procesamiento. Además, la prueba ofrece un coeficiente intelectual global, que permite categorizar al consultante como muy bajo, límite, promedio bajo, promedio, promedio alto, superior o muy superior. También permite identificar por puntos fuertes o débiles normativos y personales en la persona.

Mejía y Albarrancín (2013) afirman que esta escala ha demostrado coeficientes de confiabilidad y validez adecuados en su versión española, registrando valores de



fiabilidad de 0,93 para la escala completa, mientras que para los índices oscilan entre 0,78 para el razonamiento perceptivo y 0,93 para comprensión verbal. En cuanto a la validez de la escala confirman que los diferentes test de la escala se agrupan en un solo factor de inteligencia general. Las autoras concluyen que la escala evidencia estabilidad y confiabilidad para evaluar inteligencia en niños y adolescentes.

- Test de Inteligencia no Verbal (TONI 2): Escala breve que profundiza en la apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje, emite un coeficiente intelectual que permite categorizar según nivel bajo, medio o superior.

Brown, Sherbenou y Johnsen (1990, citado por Konter, 2010) afirman que la fiabilidad de consistencia interna del TONI-2 difiere entre 0,81 y 0,98 según los diferentes grupos de edad. Además, en la ejecución de test-retest los coeficientes de fiabilidad oscilan entre .80 y .95. La validez de la prueba, por su parte, consiste en correlaciones con el logro (.81), la aptitud y la inteligencia general (.80). Konter (2010), a diferencia del estudio original, identificó un alfa de Cronbach de 0.72 y 0.75, de igual manera, en la ejecución tet-retest la oscilación se disminuyó a 0.73 y 0.87. El autor concluye resultados de validez y confiabilidad que cataloga como razonables tras la aplicación de TONI-2.

- Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT): Esta escala de inteligencia ilustra por separado la inteligencia verbal de la no verbal, además arroja un coeficiente intelectual promedio. López-Rubio, Méndoza y Fernández-Parra (2009) indican para el K-BIT una consistencia interna de 0,98 para el coeficiente intelectual compuesto, mientras que para las subescalas de vocabulario una consistencia de 0,85 y para la subescala de matrices. Los autores también registran adecuada estabilidad temporal al realizar el

test-retest para ambas subescalas. Respecto a la validez López-Rubio, Méndez y Fernández-Parra (2009) indican que el CI compuesto del K-BIT muestra una correlación de 0,80 con el CI global del WISC-R y de 0,75 con el WAIS-R.

- Test de Atención d2: Es una escala de amplitud atencional que permite valorar la concentración y atención selectiva. Ofrece datos en cuanto a omisiones, comisiones, tasa de errores, efectividad atencional, concentración y variación atencional.

Chunga (2017) refiere que esta escala posee un índice adecuado de confiabilidad de 0.76, mientras que para cada subescala refiere valores de confiabilidad que oscilan entre 0.95 y 0.98, lo que las cataloga con confiabilidad de excelencia y una consistencia interna significativa. Respecto al análisis de validez, el autor reporta un coeficiente de proporción de rangos corregidos de 0.863, lo cual indica validez y concordancia en un nivel alto.

- Test Gestáltico Visomotor Bender: esta prueba valora el área visomotora según el nivel de desarrollo maduracional, además, permite valorar posibles padecimientos neurológicos. Marín, Angeli, Porto y Livia (2013) refieren que los estudios de validez realizados en relación con la edad de los niños demuestran una correlación negativa y significativa ( $r = -0.58$ ;  $p < 0.001$ ) entre la edad y la puntuación en el Test Gestáltico Vismotor Bender. Ese resultado es acorde a lo esperado, indicando que conforme aumenta la edad disminuye la puntuación obtenida en el test, de modo que las distorsiones en la reproducción de las figuras disminuyen progresivamente con el aumento de la edad.

Por otro lado, los autores señalan a la edad como la única fuente de varianza que se mostró estadísticamente significativa. Los datos reportados en relación con el sexo no

fueron significativos, contrario a como se estipula en la versión original de la prueba. Marín, Angeli, Porto y Livia (2013) concluyen que esta prueba es uno de los instrumentos más conocidos y utilizados mundialmente, mas sin embargo refieren falta de estudios de validez con muestras latinoamericanas para el instrumento.

- Escala de Conners para padres y profesores: Instrumento de auto reporte para padres y maestros del niño respecto a su comportamiento en casa y en el salón de clase. Presenta un formato de escala Likert con puntuaciones de 0 a 3. Sus ítems describen conductas, actitudes o características propias del niño. Se componen de 48 y 39 ítems respectivamente. Ocampo (2015) refiere niveles altos de confiabilidad para cada uno de los cuestionarios con un valor de .92. Las áreas temáticas con mejor confiabilidad, según Ocampo (2015) corresponden a hiperactividad e inatención. Mientras que al analizar cada ítem reporta una confiabilidad sobre 0,88 para todos los ítems. Finalmente, en relación con el grado de error que presentan cada uno de los ítems, se registran valores entre 0,87 y 2,88.
- Perfil de conducta de niños(as) y jóvenes de 4 – 18 años T.M. Achenbach: Instrumento de auto reporte para padres del niño o joven respecto a las conductas que este presenta y la frecuencia con la que lo hace, evaluando los últimos 6 meses. Presenta un formato de escala Likert con puntuaciones de 0 a 2. Sus ítems describen conductas, actitudes o características propias del niño. Su puntuación refiere sobre predominancia a factores internos o externos, ofrece información sobre retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva, conducta agresiva y problemas sexuales.

Zambrano y Meneses (2013) obtuvieron una consistencia interna de 0.93 para este instrumento, que corresponde a una confiabilidad alta. Además, las subescalas, en su mayoría, superaron el nivel de 0,70, lo que sería considerado como una confiabilidad buena, la subescala de quejas somáticas y de ansiedad/depresión fueron las que obtuvieron puntuaciones menores.

- Test de Oraciones Incompletas para Niños (TOI): Esta escala provee al niño de 49 frases incompletas para que este complete de la forma que le resulte más apropiada. Sus ítems refieren sobre relaciones con pares, relaciones con el padre, la madre y familiares, intereses personales, metas a futuro, miedos, entre otros. Se muestra útil en el acercamiento al niño y conocimiento de sus actividades de interés y ambiente familiar y escolar.

Sabogal (2004) considera esta como una prueba proyectiva en la categoría de completar. El autor considera que este tipo de pruebas se caracterizan por su interpretación de carácter subjetivo, además de presentar diferentes métodos no estandarizados de calificación, lo que imposibilita su cuantificación, por lo cual no permite la estimación de consistencia interna y confiabilidad, siendo imposible la obtención de datos normativos.

- Test de la figura humana y dibujo de familia: Sabogal (2004) y Sánchez y Pírela (2012) consideran estas como pruebas proyectivas para la evaluación de la personalidad y de aspectos sociales y emocionales que se basan en la confección de un dibujo. Sabogal (2004) de igual manera que en el TOI, considera que estas pruebas no poseen métodos estandarizados de cuantificación y por tanto se imposibilita la estimación de confiabilidad y validez.

Sánchez y Pirela (2012) estudiaron específicamente una de las versiones de la prueba de figura humana, a ser la propuesta por Machover (1976). En cuanto a la confiabilidad, reportan un coeficiente de fiabilidad mediante el método de división por mitades de 0,77 categorizándolo con una correlación positiva media alta, lo cual indicaría que el test es fiable. Mientras que para la medición de la validez de la prueba de constructo, las autoras reportan un valor de 0,51, lo cual indica poca relación entre los diferentes aspectos medidos por la prueba.

b. Tratamiento:

El modelo de tratamiento base utilizado a lo largo de la inserción profesional fue la terapia cognitivo conductual, siguiendo en primera línea las técnicas expuestas por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), acompañadas por otros autores del modelo. Las técnicas utilizadas fueron tan diversas como la amplia variedad de motivos de consulta y objetivos terapéuticos de los consultantes con los que se trabajó. Las técnicas de intervención empleadas se describen seguidamente.

*Psicoeducación.*

Es la herramienta principal para capacitar y educar al consultante, donde el terapeuta facilita y explica información actualizada y de validez según sea la afectación o conducta problema, de modo que permita resolver las dudas del consultante (Gallardo, 2017). Se procura además proveer al usuario de información respecto a su motivo de consulta y las implicaciones de este, propiciar la aceptación del trastorno y las habilidades de afrontamiento hacia este (Volpacchio, 2018).

Rodríguez (2018) añade que esta herramienta es útil a la hora de educar y entrenar al consultante de diferentes temáticas que favorezcan el alcance de los objetivos de intervención. A respecto se utilizó la psicoeducación para explicar el funcionamiento de los sistemas fisiológicos,

conductuales, cognitivos y emocionales relacionados a la condición o padecimiento de la persona. Además, se utilizó educación sexual, orientado en principios de identidad de género, orientación sexual y prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, así como consejería en prácticas erótico-genitales. También se orientó en consumo de sustancias recreativas como el alcohol y la marihuana.

#### *Técnicas operantes.*

Técnicas basadas en el condicionamiento operante y el manejo de contingencias, estas ayudan a incrementar, instaurar o reducir conductas. Dentro de estas Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) resaltan el reforzamiento y castigo positivo y negativo, el moldeamiento, el encadenamiento, el control de estímulos y la extinción.

Una de las técnicas operantes utilizadas fue la economía de fichas, la cual consiste, según Caseras, Fullana y Torrubia (2002), en un sistema motivacional que se aplica con el fin de modificar conductas específicas en una persona, aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta de baja frecuencia y mejorar la adaptación al medio ambiente. Para ello se entregan y retiran fichas, las cuales tienen un valor predeterminado en acuerdo entre los padres y terapeuta, y de ser posible del niño. Estas se entregan según se presenten las conductas deseables en el sujeto y se retiran ante la emisión de conductas inadecuadas. Una vez que el sujeto haya acumulado suficientes podrá canjearlas por reforzadores.

Así mismo se aplicaron contratos de contingencias que se refieren al compromiso que se establece entre terapeuta y consultante en el cual, según establecen Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) se acuerdan conductas específicas por instaurar o eliminar, el tiempo y plazo para la ejecución de

este y las consecuencias del cumplimiento o fallo en el acuerdo establecido. Su objetivo es implicar a la persona en su propio cambio conductual.

#### *Técnicas de exposición.*

Esta técnica consiste en presentarse en contacto directo con la situación o estímulo temido (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Tienen el objetivo de romper la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, propiciando la habituación al estímulo y la extinción de la conducta de miedo o evitación. Se puede realizar en vivo, exposición simbólica o grupal. De igual forma puede ser gradiente, indirecta o con apoyos (Báguena, 2010).

#### *Ensayo de Conducta.*

La aplicación del ensayo de conducta permite observar el bagaje conductual de la persona y cómo se va modificando a lo largo de la terapia, conforme se aplican las herramientas y recursos aprendidos. Además, permite el uso de modelaje para ensayar las conductas de la manera más apropiada previa a su ejecución en vivo en situaciones cotidianas, recibiendo feedback y reforzamiento positivo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) establecen un conjunto de aspectos que deben ser tomados en cuenta a la hora de realizar el ensayo de conducta:

- Se debe de llevar a cabo con una conducta en una situación determinada y no desarrollar varios problemas al mismo tiempo.
- Tiene que trabajarse los problemas que se expusieron al comienzo de la sesión.
- Escoger una situación reciente o que podría suceder en un futuro cercano.
- El ensayo de conducta no se debe de prolongar por más de tres minutos.
- Las respuestas deben de ser cortas.

- Desensibilización sistemática.

Esta técnica busca reducir la ansiedad con una respuesta incompatible como lo es la relajación, permitiendo que la persona mantenga el contacto con el estímulo temido por más tiempo, hasta se logre extinguir el miedo. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) la describen como un exposición gradual y paulatina, acompañada de la relajación, la cual explican tiene por objetivo “reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 252). De modo que beneficia al cuerpo, a las emociones y la conducta. Esta técnica es de especial utilidad en el tratamiento de la ansiedad, el estrés y el trastorno por ataques de pánico. Para ello se utilizaron técnicas de relajación descritas a continuación.

#### *Técnicas de relajación.*

A continuación se describen las principales técnicas de relajación aplicadas durante la inserción profesional:

#### Respiración:

Es una estrategia de relajación a través de un patrón de inspiración, pausa inspiratoria, espiración y pausa espiratoria (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). La inspiración permite la entrada de O<sub>2</sub>, calienta, purifica y humedece el aire y la espiración libera el CO<sub>2</sub> residual, en su forma fisiológicamente adecuada por la vía nasal. Es importante evaluar el tipo de respiración en diferentes condiciones, de pie, sentado o acostado; analizando la duración de la inspiración y espiración con sus respectivas pausas, la diferencia entre la respiración nasal o bucal, capacidad respiratoria general, fluidez respiratoria, entre otros.



Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) identifican diferentes tipos de respiración:

- Profunda: plantea la reducción del nivel de activación general. Se colocan las manos en el abdomen y se imagina que se infla una bolsa, se piensa e induce la relajación.
- Contada: plantea entrenar una diafragmática y pensar en una palabra cuando se inspira y se espira.
- Abdominal: consiste de mover el abdomen durante la respiración, sin que se mueva tórax y zona clavicular.
- Intercostal o media: plantea dirigir aire a la zona media del tórax y favorecer la movilidad ahí.
- Alternada: se ejecuta tapando y destapando cada fosa nasal, se inspira por la izquierda y se espira por la derecha y viceversa.

#### Relajación progresiva de Jacobson:

El objetivo de esta es reducir los niveles de activación a través de la tensión progresiva de músculos, se deben de tensar y destensar los diversos grupos de músculos tomando en cuenta las sensaciones que se producen (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). En el momento de tensión muscular la contracción debe de notarse, para percibir las sensaciones asociadas a la tensión, en el momento de la distensión no se debe de realizar ningún movimiento activo, sólo se debe de experimentar las sensaciones que esto produce (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La práctica de este tipo de relajación según Bernstein y Borkovec (1983, citados por Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) se debe de centrar en 16 grupos musculares, con una duración de aproximadamente 30 a 40 minutos las primeras semanas y disminuyendo la duración de estas

cuando se tenga destreza en el desarrollo de la relajación progresiva. Además, mencionan una versión resumida a cuatro grupos musculares: cara y cuello, brazos y manos, tronco, piernas y pies.

#### Relajación autógena:

Esta técnica utiliza representaciones mentales de las sensaciones físicas de peso y calor para alcanzar la relajación profunda. Para ello, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indican se realiza una repetición mental de las fórmulas de reposo, pesadez y calor en brazos, piernas, abdomen, así como el enfoque en los movimientos del corazón, el proceso respiratorio y la sensación de una mente clara y tranquila.

Abuín (2016) explica que para la práctica de la relajación autógena se utiliza una serie de seis ejercicios graduados de concentración en sensaciones propioceptivas mediante las fórmulas verbales de peso, calor, corazón, respiración, plexo solar y frescor en la frente. Otra modalidad referida utiliza los ejercicios de focalización de la atención sobre contenidos específicos de la consciencia mediante la actividad visual e imaginaria de colores, objetos concretos, sentimientos, personas o incluso problemas (Abuín, 2016).

#### *Entrenamiento en autoinstrucciones.*

Consiste en la enseñanza de estrategias de autocontrol verbal como modulador de la conducta y como fuente de autocontrol. Utiliza estrategias metacognitivas para favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y la confianza en la propia capacidad, su objetivo básico es enseñar a pensar, sobre todo antes de actuar impulsivamente. Se utiliza un procedimiento gradual compuesto de varios pasos: primero, con dirección verbal externa por parte del mediador, con ayuda del modelado el mediador realiza la tarea hablándose a sí mismo en voz alta, pasando luego a la autodirección mediante el habla externa; y continuando con la autodirección mediante

susurros, hasta llegar al habla interna, privada o inaudible, conocida como autoinstrucción encubierta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Las autoinstrucciones refuerzan la secuencia de pensamiento, con el propósito de facilitar la comprensión de las situaciones, generar estrategias para la resolución de problemas, y la utilización de dichas estrategias para guiar y controlar la conducta (Rivera-Flores, 2015). Por lo tanto, se pretende interrumpir la cadena de pensamientos disfuncionales o impulsivos que puedan llevar al incumplimiento de los objetivos.

Rivera-Flores (2015) recomienda esta modalidad de mediación verbal al enfrentarse con algo que se desea aprender, un concepto que se quiere comprender o bien un problema de se requiera resolver. Así mismo, sugiere el uso de auto reforzamientos tras la ejecución correcta de las auto instrucciones, con frases de felicitación y declaraciones de motivación.

#### *Entrenamiento en habilidades sociales.*

Este entrenamiento busca mejorar las capacidades de las personas para la interacción interpersonal, de comunicación y relacional, incluyendo habilidades no verbales, conversacionales básicas, emocionales, de autoprotección, de solución de problemas y aproximación-evitación en las relaciones íntimas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Esta técnica entiende las habilidades sociales como conductas aprendidas, que podemos moldear y modificar de la mano con técnicas operantes, reducción de la ansiedad y reestructuración cognitiva.

Caballo (2007) lo describe como una modalidad de intervención dirigida a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida que se trabaja mediante la enseñanza sistemática de estrategias y habilidades interpersonales. Sugiere además para su aplicación una fase inicial de identificación de las áreas específicas en las que la persona posee dificultades,

seguida de la valoración de los factores que están contribuyendo a la permanencia de dichas dificultades. Posteriormente, para la fase de tratamiento, Caballo (2007) propone la aplicación de modelado y ensayos conductuales de las respuestas socialmente adecuadas en lugares y situaciones múltiples. Finalmente, recomienda el acompañamiento de este procedimiento de técnicas para el manejo de la ansiedad que surge en las situaciones sociales problemáticas.

#### *Reestructuración cognitiva.*

Consiste en identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos, evaluar la validez de esos pensamientos cambiando los que resultan desadaptativos, permitiendo al consultante cuestionarlos y sustituirlos por unos más adaptativos y beneficiosos. De este modo el paciente debe de analizar sus ideas y creencias a través de un planteamiento empírico, para que de esta forma se pueda cuestionar posteriormente los sucesos y experiencias reales de la vida cotidiana (Báguena, 2010). Además, se valoran creencias, cogniciones y actitudes disfuncionales hacia el proceso de modificación conductual.

#### *Diálogo Socrático.*

Este método hace referencia al proceso en donde el terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente, a través de preguntas que le lleven a reconsiderarlos (Bados y García, 2010). Además, el propio terapeuta debe de mostrarle la importancia al paciente de formularse las preguntas y evaluar de manera crítica los pensamientos, de esta manera el terapeuta formula más preguntas que respuestas, para que el paciente pueda sacar conclusiones propias y poner a prueba sus creencias (Bados y García, 2010).

Esta técnica según Bados y García (2010) puede seguir los siguientes pasos: Examinar las pruebas sobre los pensamientos negativos, analizar su utilidad, preguntarse si es cierto lo que se piensa y extraer conclusiones sobre los pasos ya realizados.

#### *Entrenamiento en solución de problemas.*

Se encuentra dirigido a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. La técnica de solución de problemas busca enseñar al paciente a dar múltiples alternativas para resolver problemas o tomar decisiones, planteado mediante la anticipación de consecuencias positivas y negativas de la elección y la evaluación. Consta de cinco fases: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

#### *Entrenamiento en inoculación del estrés.*

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) exponen que, por medio de este entrenamiento, se pretende reducir la intensidad de las auto-verbalizaciones y emociones perturbadoras e incrementar aquellas adaptativas, modificando conductas y creencias que promuevan valoraciones negativas de uno mismo. Barlow (2014) agrega que este entrenamiento busca que los sujetos adquieran habilidades de afrontamiento ante miedo. Para esto primero se da un marco explicativo o conceptual desde el cual el consultante puede entender la naturaleza y el origen de su miedo y tener sentido del trauma y sus secuelas. Para trabajar sobre las reacciones ante el miedo se explican y se generan habilidades sobre un canal físico o autonómico, otro motor o comportamental y un último cognitivo.

### *Intervención para la regulación emocional.*

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) explican que “la regulación emocional se refiere a las capacidades de un individuo para experimentar, influenciar, controlar y expresar emociones, de tal forma que dichos estados emocionales no interfieran la conducta dirigida a objetivos en su medio” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, pp. 591). De modo que esta intervención trabaja con los consultantes en cuándo tienen las emociones, cómo las experimentan, cómo las expresan y cómo influyen sobre ellas. Para ello, se instruye a la persona en reconocimiento, discriminación y aceptación de la emoción, para así acceder a recursos y estrategias que le permitan la modulación emocional y generar mayor tolerancia a la emoción. Así, la persona obtiene la capacidad de ejecutar una conducta específica sin que la respuesta emocional sea un impedimento. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) recomienda para ello la utilización de la distracción estimular, la desactivación fisiológica y la exposición con un plan de prevención.

### *Técnicas de sugestión.*

Las técnicas de sugestión, también conocidas como hipnosis, se utilizaron como apoyo dentro de la terapia cognitivo conductual, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) entienden la hipnosis como estado subjetivo que genera alteraciones perceptivas a través de la sugestión. Este estilo es indirecto y no autoritario, utiliza metáforas, visualización, imaginación y sentido del humor para ayudar al paciente a utilizar su habilidad natural para solucionar los problemas, con la guía y acompañamiento del terapeuta.

### *Arte terapia.*

Aydin (2012) explica la terapia de arte como una forma de terapia expresiva que se enfoca en la utilización de materiales de arte y despertando el proceso creativo. Shella (2018) comparte que

el arte terapia apoya en la evaluación y tratamiento de los pacientes a través de la creación de arte para fomentar la curación emocional y física, mediante lo cual los pacientes pueden expresar visualmente emociones a modo metáfora.

Aydin (2012) y Shella (2018) refieren sobre su efectividad en personas que están físicamente enfermas, que sufren traumas físicos o que se someten a procedimientos médicos invasivos o agresivos, generando una mejoraría en el estado de ánimo y reducción de la ansiedad y el dolor. Además, se ofrece como una forma de comunicación a través del arte entre el paciente y el terapeuta. En la presente inserción se empleó esta técnica como apoyo en las interconsultas, las cuales por su naturaleza se resumen a escasas sesiones de trabajo.

Además, el arte terapia se ha demostrado como una herramienta útil para hacer frente a situaciones estresantes y traumáticas, aumentar la autoestima y reducir el estrés y la ansiedad. También en el tratamiento de la depresión, trastorno de personalidad límite, esquizofrenia y trastorno de estrés post traumático (Shella, 2018; Van, 2016).

#### *Prevención de recaídas.*

Finalmente, al concluir el tratamiento se trabajó sobre la prevención de recaídas, con el fin de que la persona repase y adhiera las habilidades ejecutadas a lo largo del proceso terapéutico. Para esto se preparó al consultante ante situaciones en las que se podría presentar nuevamente la conducta problema y cómo podría aplicar las herramientas aprendidas en esas situaciones (Volpacchio, 2018).

#### c. Evaluación de los resultados:

A lo largo de las intervenciones y al finalizar estas se compararon los cambios obtenidos con el inicio del proceso. Esta evaluación se fundamentó en la retroalimentación y auto reportes de la

persona consultante, así como el reporte de otros significativos, respecto al proceso y los resultados que ha percibido.

Al finalizar los procesos terapéuticos se preguntó de forma abierta a los usuarios sobre su satisfacción respecto a la terapia, desempeño del terapeuta, objetivos terapéuticos que considere cumplidos y los que considere pendientes por trabajar, cambios en su sintomatología o en sí mismo en general percibidos a lo largo del proceso y en contraste con el inicio de la terapia. Además, se preguntó por la percepción de los padres o encargados y/o terceros a la terapia.

Lamentablemente, los casos en los que se aplicaron instrumentos de evaluación inicial fueron procesos terapéuticos suspendidos por parte del paciente, por lo que no se pudieron replicar los instrumentos al finalizar.

La retroalimentación por parte de la supervisora técnica se realizó de manera diaria a lo largo de la inserción, evaluando las fortalezas y aspectos por mejorar. Así mismo, se mantuvo evaluación de forma semanal con el director de todo el proceso, obteniéndose de igual manera retroalimentación sobre el trabajo realizado.

### 5.3 Funciones ejecutadas.

#### *Terapia individual.*

La atención a usuarios de manera individual fue una función que se ejecutó a lo largo de toda la inserción, en esta se atendía a consultantes del servicio de consulta externa por un lapso de una hora aproximadamente, según lo establecido por el servicio de psicología clínica.

Se entiende también por terapia individual la atención del usuario en compañía de familiares o cuidadores, por ejemplo, en caso de menores de edad, siempre y cuando su presencia estuviese



relacionada a la obtención de información o al trabajo sobre la condición del consultante. Estas sesiones comúnmente se extendían un poco más de tiempo.

Para la intervención en psicoterapia se trabajó como coterapeuta, observando y apoyando la labor de la asesora técnica, y como terapeuta individual, siendo la proponente la encargada en su totalidad de la atención.

#### *Terapia de pareja.*

La atención a parejas se enfocó principalmente en la valoración e intervención a parejas del protocolo de técnicas de fertilidad de baja complejidad, así como parejas con otras problemáticas en menor cantidad. La sesión de pareja se realizó en dos horas, según lo establecido por el protocolo del servicio. Se llevaron procesos terapéuticos como terapeuta individual y como coterapeuta durante toda la inserción.

#### *Interconsultas.*

Este tipo de intervención responde a la solicitud por parte de otros profesionales del hospital, comúnmente médicos o trabajadores sociales, para la valoración, tratamiento o acompañamiento de personas que se encontraban hospitalizadas en el centro. Algunas de las valoraciones responden a protocolos previamente mencionados, pre o post quirúrgicos. Las demás se realizan a criterio del profesional de piso encargado del paciente, que considere oportuno el tratamiento, valoración o acompañamiento durante la hospitalización a la persona, incluso posterior a su egreso.

La atención a interconsultas se realizaba en su cama hospitalaria o de ser posible según la movilidad y tratamiento que estuviera recibiendo la persona, se bajaba al área de consulta externa. En algunas ocasiones se trabajaba también en compañía de familiares o visitantes de la persona hospitalizada.

La intervención generalmente se encontraba dirigida a la preparación preoperatoria, aceptación de diagnósticos, manejo de la ansiedad durante el internamiento, manejo del duelo, entre otros. Durante la inserción se desempeñaron interconsultas tanto como coterapeuta de la asesora técnica, como terapeuta individual.

#### *Terapia grupal.*

Otra de las modalidades de atención directa al usuario que se utilizó fue la psicoterapia grupal. El esquema de trabajo en esta modalidad se encuentra preestablecido por el servicio de psicología y responde a los programas y protocolos abarcados por el hospital, sin embargo, esta estructura no se encuentra detallada en un documento formal, por lo cual cada profesional puede aplicar la estructura que desee; en el presente caso se trabajó desde el modelo referido por el Dr. Durán Rodríguez (2019). Se trabajó con el grupo de cirugía post bariátrica, el cual se estructura en 6 a 8 sesiones de trabajo, de dos horas aproximadas cada una, desde el modelo de terapia cognitiva de Beck con personas a las que se les realizó una cirugía bariátrica en el último año, se tomó en cuenta tanto el procedimiento de manga gástrica como el bypass gástrico.

En estos procesos se colaboró como coterapeuta al psicólogo clínico, comúnmente se dividían las actividades programadas para la sesión entre ambos y se apoyaba con el manejo de materiales y recursos audio visuales. Del mismo modo se colaboró en la revisión y análisis de instrumentos y materiales rellenos por los usuarios, como BDI II, BAI, escala de autoestima, percepción del cambio, entre otras.

#### *Visita domiciliar.*

Una vez al mes se programan visitas domiciliarias que se realizan en compañía del servicio de trabajo social y enfermería en salud mental. En estas se visita la residencia de consultantes y sus

familias para el trabajo integral multidisciplinario sobre la condición del consultante principal. Durante estas sesiones se trabaja en la evaluación del ambiente familiar y educativo de personas menores de edad donde existen sospechas de negligencia, abuso o violencia, ya sea a nivel de familiares y encargados o a nivel educativo.

Se orienta y educa a las familias en manejo de las condiciones específicas del niño y se generan acuerdos intrafamiliares y entre la familia y la institución de salud. Además, se educa en el tratamiento médico del menor y las necesidades y precauciones imperativas que este requiere.

#### *Confeción de notas en expediente.*

La CCSS implementó recientemente el sistema informático Expediente Digital Único En Salud, en este se debe resumir la información de lo trabajado con cada uno de los usuarios atendidos, para la realización de esta actividad el profesional de psicología dispone de una hora diaria. En cada nota se debe reportar sección subjetiva, objetiva, análisis, plan de intervención, nivel de riesgo y diagnóstico asignado. La sección subjetiva responde a los datos generales del usuario y su motivo de referencia, en la sección objetiva se debe detallar el examen mental completo y en el análisis se reporta la historia de vida, y de pareja en dado caso, y/o lo trabajado y generado durante la sesión. Esto se debe reportar en todas las modalidades de intervención, incluidas las interconsultas. Comúnmente en días con alta carga de pacientes de consulta externa e interconsultas se requería más de una hora para detallar toda la información.

#### *Psicodiagnóstico.*

Como parte de los protocolos del servicio de psicología clínica se realizan diagnósticos de autismo, trastornos de personalidad, problemas de atención y memoria, retraso cognitivo, entre otros. Para la aplicación de pruebas e instrumentos se estipulan sesiones de dos horas cada una

hasta completar el proceso de evaluación. Posteriormente, en horario asignado se realiza la revisión, calificación y análisis de las pruebas aplicadas y se procede a la confección del informe psicodiagnóstico y su nota respectiva en EDUS. En algunas ocasiones la información es únicamente requerida por otros profesionales de salud de la CCSS por lo que los resultados y análisis se reportan solamente en el expediente.

#### *Comités.*

El Hospital México cuenta con un Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredidos (CEINNA), en este caso la asesora técnica de la inserción es miembro de este comité, en conjunto con la coordinadora de trabajo social; un profesional en psiquiatría del servicio de salud mental, una profesional en enfermería obstétrica y una profesional en medicina del Patronato Nacional de la Infancia (PANI). En conjunto, este comité se encarga de labores de promoción y prevención de la violencia a personas menores de edad, que es su mayoría se encargan de instruir y educar al personal del Hospital México en detección de violencia en personas menores de edad y las acciones a seguir en protocolos de denuncia y abordaje. Así mismo dan acompañamiento en los procesos de denuncia y analizan las estrategias más apropiadas para el abordaje a nivel hospitalario y familiar. De ser necesario llevan y siguen en conjunto el caso con el PANI en el proceso de abordaje.

#### *Otras actividades.*

Esta categoría se compone de otras funciones ejecutadas por la sustentante a lo largo de la inserción. Primeramente, se realizó una inducción al centro hospitalario, en la cual se observaron y explicaron las funciones básicas a ser ejecutadas y el funcionamiento general del servicio de psicología clínica del hospital. Esta inducción se realizó durante la primera semana de la inserción.

Se participó también de sesiones administrativas y sesiones anatomo clínicas, las cuales solían tener una duración de 60 a 120 minutos y se realizaban usualmente dos veces al mes. En estas se discutían labores y temáticas de trabajo del servicio de psicología y en conjunto de los servicios de psicología, psiquiatría y enfermería en salud mental. En estas sesiones también se capacitaba a los profesionales respecto a diferentes temas o se realizaban actividades recreativas propias del trabajo sobre el clima laboral. Además, se participó de sesiones anatomo clínicas hospitalarias, las cuales exponían en el auditorio del hospital diferentes tratamientos, diagnósticos y abordajes interdisciplinarios. Por ejemplo, una de las sesiones estaba orientada al procedimiento de cateterismos realizado en pacientes cardiopatas, la asistencia fue oportuna para el trabajo realizado en interconsultas con pacientes de este procedimiento.

Como parte del protocolo de técnicas de reproducción humana de baja complejidad se realizan charlas grupales a parejas que están iniciando el proceso. Estas se realizan una vez al mes en conjunto con profesionales en reproducción humana y ginecología, trabajo social y nutrición. La actividad tiene una duración de tres horas. De la mano con esto, en estas charlas se aplican protocolos de tamizaje, específicamente BDI II y BAI, a todos los usuarios, este material se calificó y analizó por la sustentante, no solo de las charlas a las que se asistió, si no material previo que no había sido calificado. Posteriormente se construyó una base de datos que comprendió todo el material analizado.

Por interés del comité CEINNAA se impartió una charla a sus miembros sobre la aplicación de mindfulness y compasión, sus bases teóricas y técnicas eficaces para el autocuidado y prevención del burnout en profesionales en salud.

Por otro lado, se realizaron revisiones documentales de expedientes y discusiones de casos, tanto de manera individual como en conjunto con la asesora técnica y otros profesionales, esto con

el fin de aclarar dudas diagnósticas y del abordaje y tratamiento de los casos, así como por razones de aprendizaje de la sustentante sobre casos clínicos. Así mismo se realizó revisión bibliográfica de textos y materiales específicos relacionados con padecimientos y sus intervenciones, también planeamiento de sesiones y actividades, y preparación de materiales a lo largo de toda la inserción profesional. Finalmente se realizaron registros diarios, semanales y mensuales de los casos trabajados, actividades realizadas y aprendizajes obtenidos.

#### 5.4 Consideraciones ético-legales

Durante la práctica se respetaron y acataron los principios y mandatos del Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, que estipula los lineamientos para el establecimiento de condiciones éticas en el desarrollo de intervenciones psicológicas, los derechos que poseen los y las consultantes y las obligaciones del o la profesional.

Se acató la legislación del Código de la Niñez y la Adolescencia en el trabajo con personas menores de edad, contando siempre con el consentimiento correspondiente de padres y encargados y dando reporte del trabajo realizado al finalizar cada sesión.

De igual forma, se respetaron las normas de la institución, prácticas clínicas de higiene, código de vestimenta y semejantes. Se respetó siempre la intimidad y confidencialidad del consultante, Así mismo se trabajó siempre desde el principio del respeto hacia la persona, procurando siempre el bienestar de esta. Ninguna intervención fue intrusiva ni se atentó a la salud de las personas consultantes.

#### 5.5 Precauciones

Como precauciones, se respetaron las normativas propias de la institución, se llevó un sistema de registro de la información de los casos, de manera confidencial, en bitácoras; y se contó con un

sistema de supervisión sostenida con la asesora técnica en el hospital y los asesores académicos, a saber, un director y dos lectores.

Además, se veló por el consentimiento de los y las consultantes al realizar las diferentes intervenciones, así como el cumplimiento de los principios éticos propios del profesional en psicología.

#### 5.6 Roles

Para la ejecución de la práctica se integraron varios roles, primeramente, la proponente realizó una inserción profesional en la que apoyó a la sección de psicología clínica del Hospital México, atendiendo a nivel individual, de pareja y grupal como coterapeuta o terapeuta, además del acompañamiento a pacientes hospitalizados y apoyo interdisciplinario. Ejecutando así sus aprendizajes teóricos y prácticos a lo largo de la carrera, incrementando el aprendizaje y habilidades profesionales.

El comité asesor, por su parte, estuvo compuesto por un director y dos lectores, así como una asesora técnica en la institución. El primero de ellos se encargó de supervisar constantemente el curso de la práctica, definir las pautas de trabajo, y evaluar la realización de las actividades propuestas. Los lectores además realizaron supervisión y retroalimentación de forma mensual respecto al avance de la práctica. Finalmente, la asesora técnica verificó las funciones diarias de la proponente, además de instruir y brindar retroalimentación y guía en forma continua.

#### 5.7 Proceso de supervisión.

Se realizaron supervisiones periódicas a lo largo de la práctica con el director del equipo asesor, los lectores y la asesora técnica dentro de la institución. Las supervisiones dentro de la institución se dieron de forma diaria, con el objetivo de mantener informada a la persona supervisora sobre el progreso, además de aclarar dudas que se puedan presentar. Las supervisiones con el director de

la práctica se realizaron de forma semanal. Por último, las supervisiones con los lectores fueron realizadas de forma mensual con el fin de obtener información adicional para el desarrollo de la práctica y análisis del reporte mensual respectivo.



## 6. Resultados.

En el presente apartado se desglosan los resultados obtenidos a partir de la inserción profesional de la sustentante en el área de psicología clínica del Hospital México en los meses de febrero a julio de 2019. En estos, se ilustra el cumplimiento de los objetivos propuestos mediante la aplicación de la metodología descrita y la aplicación del modelo cognitivo conductual. Así mismo se describen los diferentes roles que se ejecutaron a lo largo de la práctica.

### 6.1 Roles diarios en la institución.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la presente inserción se desempeñaron roles de atención psicoterapéutica con la población diversa que recibe la sección de psicología clínica en sus diferentes modalidades, además de funciones no contempladas previamente, pero que se añadieron al bagaje de la intervención como demandas o emergentes de la institución. En la tabla 1 se resumen los principales roles ejecutados.

Tabla 1

#### *Roles dentro del servicio de psicología clínica*

Actividad	Características
Intervenciones como terapeuta individual.	- Individual - Pareja
Intervenciones como coterapeuta.	- Individual - Pareja - Domiciliar

Terapias grupales.

- Terapia grupal post cirugía bariátrica

Interconsultas como terapeuta y coterapeuta.

- Valoración examen mental
- Evaluación de comprensión del procedimiento
- Valorar red de apoyo
- Adherencia al tratamiento y precauciones
- Intervención en crisis
- Apoyo emocional
- Apoyo en el diagnóstico
- Manejo del duelo

Charlas interdisciplinarias.

- Charla interdisciplinaria a parejas del programa Técnicas de reproducción humana de baja complejidad.
- Charla mindfulness y compasión para profesionales de salud.

CEINNA.

- Análisis de casos de violencia en menores de edad.

- Acuerdos de abordaje a seguir a nivel hospitalario y en la denuncia.
- Picodiagnósticos.
- Aplicación de instrumentos
  - Calificación de instrumentos
  - Confección de informe psicodiagnóstico
  - Devolución de resultados
- Preparación de materiales.
- Guía de aplicación de Economía de Fichas
  - Guía de mindfulness y compasión
  - Guía de Solución de Problemas
  - Guía de Auto regulación emocional
- Planeamientos.
- Charlas interdisciplinarias
  - Intervención como terapeuta individual
- Revisión bibliográfica.
- Textos y materiales relacionados a pacientes específicos o a preparación de materiales

Revisión documental de expedientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De pacientes específicos</li> <li>- Resolución de dudas diagnósticas</li> </ul>
Documentación de casos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confección de notas en EDUS</li> <li>- Registro mensual de consultas para el departamento de bioética</li> <li>- Redacción de bitácoras</li> <li>- Elaboración de informes mensuales</li> </ul>
Otras actividades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrección de pruebas de tamizaje</li> <li>- Base de datos de parejas del programa Técnicas de reproducción humana de baja complejidad</li> <li>- Sesiones administrativas y anatomo clínicas</li> <li>- Limpieza y organización del espacio físico</li> <li>- Supervisiones</li> </ul>

---

## 6.2 Resultados globales.

Durante la presente inserción profesional se registraron un total de 1032 horas laboradas en el periodo de seis meses a tiempo completo establecido previamente. Este registro horario puede ser desglosado en dos bloques, primeramente, las horas de atención directa con usuarios en relación

terapeuta consultante, y un segundo bloque de otras funciones propias del psicólogo del servicio, a ser administrativas, participación en comités, confección de notas en expedientes, entre otras.

El primer bloque contempla un total de 426 horas laboradas en intervención directa al usuario, en sesiones con pacientes individuales, de pareja, domiciliarias, grupales y charlas interdisciplinarias como parte del programa de técnicas de reproducción humana de baja complejidad. Mientras que en las funciones no relacionadas con la atención directa al usuario se cumplieron 606 horas.

Para la exposición de los resultados se expondrán inicialmente los datos correspondientes al apartado de intervención directa con usuario del servicio, al final del apartado se podrán encontrar la información referida a las demás funciones realizadas.

### 6.3 Intervención directa con consultantes.

Como se expuso previamente, se dedicaron 426 horas a la atención a pacientes en diferentes modalidades de intervención. La modalidad de sesión individual comprende la evaluación y tratamiento a usuarios donde el foco de la intervención se centraba en un único usuario, de este modo las que se realizan en compañía de padres o encargados, en caso de personas menores de edad o personas con discapacidades, son incorporadas en la sesión individual. Además, se incluyen aquí las sesiones para valoración psicodiagnóstica en la que se aplican pruebas, escalas y protocolos al usuario. Estas sesiones tenían una duración de 60 minutos en su mayoría, a excepción de las sesiones de valoración psicodiagnóstica que se extendían por 120 minutos, y algunos casos de emergentes durante la sesión o trabajo conjunto con padres o encargados, donde las sesiones podían extenderse hasta 90 minutos.

Por su parte las sesiones de pareja tenían una duración de 120 minutos, al igual que las sesiones de trabajo grupal, aunque en una de las terapias grupales se decidió trasladar una de las siete sesiones de trabajo estipulado en dos horas separadas en otras dos sesiones, dando por resultado dos sesiones de 180 minutos.

Mientras tanto las sesiones domiciliarias fueron de duración variada, pues se realizaron con diferentes modelos de familia y con diferentes motivos de intervención, además se incluye los tiempos de transporte a las residencias de los consultantes. Por su parte las interconsultas tenían una extensión de 60 minutos aproximadamente para la evaluación y tratamiento del paciente hospitalizado.

Las charlas interdisciplinarias realizadas con las parejas del protocolo de técnicas de fertilidad de baja complejidad se realizaron en tres sesiones de 180 minutos cada una. La tabla 2 resume las horas empleadas durante la inserción en las intervenciones recién descritas.

Tabla 2

*Horas laboradas en sesiones psicoterapéuticas.*

Tipo de sesión	Número de horas	%
Sesión individual	274	64,31
Sesión pareja	66	15,49
Sesión domiciliar	15	3,52
Sesión grupal	28	6,57
Interconsulta	34	7,98
Charla interdisciplinaria	9	2,11
Total	426	100

Por otro lado, se registran dentro de las 426 horas de atención directa un total de 195 casos atendidos en intervenciones individuales, de pareja, domiciliarias e interconsultas. Las intervenciones grupales fueron trabajadas con dos grupos diferentes, entendidos como dos casos, posteriormente se detallará más sobre ello. Dichos 195 casos comprenden un total de 250 personas atendidas en el servicio de psicología clínica por parte de la practicante, además de 158 participantes de la charla interdisciplinaria del programa de técnicas de reproducción humana de baja complejidad para un total de 408 personas.

Dentro del total de personas atendidas, algunas realizaron múltiples sesiones o sesiones en diferentes tipos de modalidades, por lo tanto, se toman en cuenta el total de sesiones abordadas para cada modalidad y se añaden la totalidad de sesiones de terapias grupales y de charlas interdisciplinarias en la siguiente tabla:

Tabla 3

*Intervenciones según tipo de consulta*

Tipo de consulta	Número de sesiones	%
Individual	247	74,40
Pareja	33	9,94
Interconsulta	33	9,94
Domiciliar	3	0,90
Grupal	13	3,92
Charlas interdisciplinarias	3	0,90
Total	332	100

Como se puede apreciar, la practicante tuvo diferentes roles ante las diversas sesiones ejecutadas, esto en la búsqueda de cumplir con los objetivos de aprendizaje propios de la intervención, así como los principios y mandatos del Código de Ética y Deontológico del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, además de otras condiciones como la distribución del espacio físico del Hospital México, mediaron en que las intervenciones se realizaran desde dos roles principales, a ser de coterapeuta y terapeuta individual.

Tomando esto en cuenta se realizaron mayoritariamente sesiones como coterapeuta, en las cuales la practicante no solo observaba, sino que incurría al diálogo, realizando preguntas dentro de las entrevistas y sesiones psicoterapéuticas, así como acotaciones o intervenciones dentro de la sesión, así también se trabaja en conjunto el análisis y evaluación de las sesiones.



Finalmente, se abordaron sesiones como terapeuta individual, donde la practicante dirigió las sesiones sin presencia de otros profesionales durante la intervención, mas sí con la supervisión del comité asesor.

La ejecución de los diferentes roles por parte de la practicante se desglosa en la siguiente tabla:

Tabla 4

*Intervenciones según rol de la practicante*

Rol ejecutado	Número de sesiones	%
Terapeuta individual	118	35,54
Coterapeuta	214	64,46
Total	332	100

Al integrar los datos de los diferentes tipos de consulta, con los diferentes roles ejecutados por la sustentante se puede observar la cantidad de sesiones individuales que se realizaron como coterapeuta versus como terapeuta individual, por ejemplo. En la siguiente tabla podemos observar cómo la mayoría de las sesiones realizadas pertenecen a intervenciones individuales como coterapeuta, seguidas de sesiones individuales como terapeuta e interconsultas como terapeuta en tercer lugar.

Tabla 5

*Distribución de sesiones según rol de la practicante y modalidad de intervención*

Rol ejecutado	Modalidad de intervención	Número de sesiones	%
Terapeuta individual	- Individual	91	27,40
	- Pareja	15	4,51
	- Interconsulta	12	3,61
	- Domiciliar	0	0
	- Grupal	0	0
	- Charlas	0	0
	interdisciplinarias		
Coterapeuta	- Individual	156	46,32
	- Pareja	18	5,42
	- Interconsulta	21	6,32
	- Domiciliar	3	0,90
	- Grupal	13	3,91
	- Charlas	3	0,90
	interdisciplinarias		
Total		329	100

### *Datos de la población atendida.*

Como se describió previamente, se trabajó con 408 personas a lo largo de la inserción profesional, 250 pertenecientes a intervenciones en modalidad de atención individual, de pareja, domiciliar, grupal e interconsultas; y 158 personas como parte de las tres charlas interdisciplinarias del protocolo de técnicas de reproducción humana de baja complejidad. Cabe resaltar que no se lograron recolectar por completo los datos de la población de las charlas interdisciplinarias, por la naturaleza de la dinámica abierta en las que estas se realizan. De este modo, a continuación, se describen datos de las 408 personas atendidas.

La Tabla 6 describe el total de personas atendidas describiendo según el género referido por las personas consultantes. Cabe rescatar que ninguna persona se identificó en otra categoría diferente de masculino y femenino.

Tabla 6

### *Personas atendidas según género*

Género	Personas atendidas	%
Femenino	253	62,01
Masculino	155	37,99
Total	408	100

Por su parte, la tabla 7 refleja la distribución en grupos etarios según la siguiente categorización: niño/a de 0 a 12, adolescente de 13 a 17, adulto de 18 a 64, persona adulta mayor de 65 en adelante. Cabe resaltar que no se obtuvieron los datos de edades de 13 personas, específicamente de participantes de las charlas interdisciplinarias, por lo que aparece imposible incluirles en esta distribución.

Tabla 7

Personas atendidas según grupo etario

Grupo etario	Personas atendidas	%
Niño/a	21	8,43
Adolescente	35	14,34
Adulto	327	72,57
Persona Adulta Mayor	12	4,64
Total	395	100

Así mismo, la figura 1 nos muestra la dispersión de la población según edad, la cual se mueve en un rango de 6 a 86 años, con una media de 34,67 años, una desviación estándar de 13,74 años, una moda de 34 años y una mediana de 34 años.

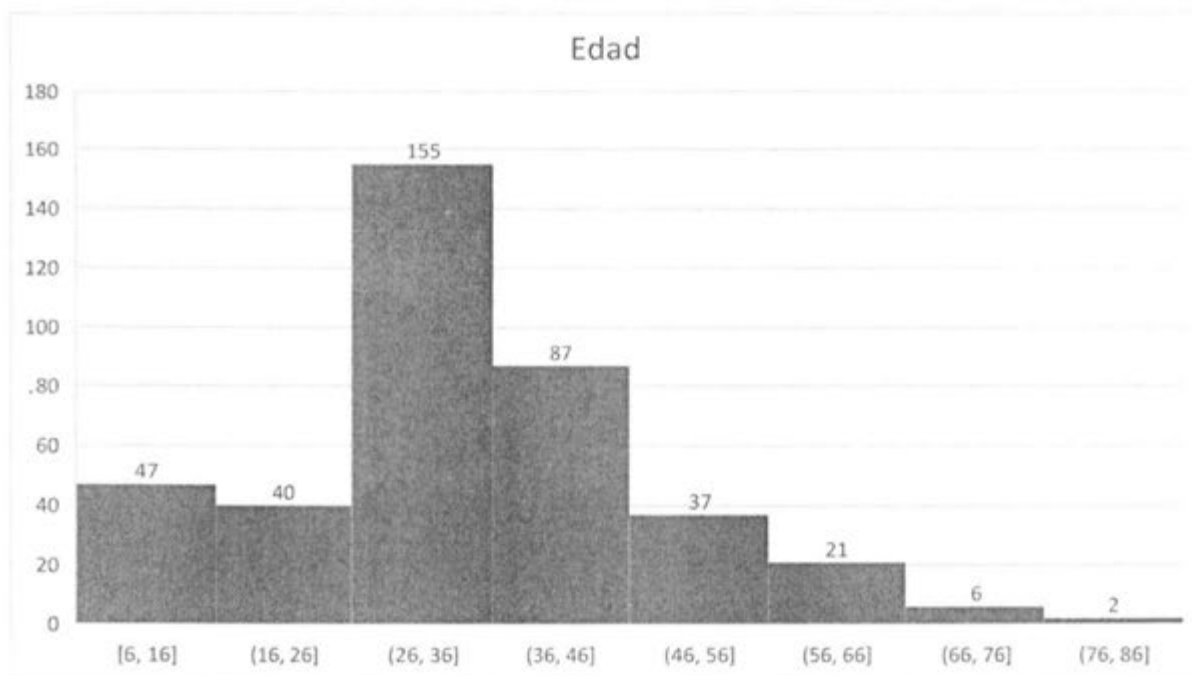


Figura 1. Distribución etaria de la población según rango de 10 años.

Además, se registra en la figura 2 el grado educativo de la población atendida según la reportó cada persona dentro de las condiciones de completa o incompleta en los niveles de educación primaria, secundaria, técnica y superior. Esta información excluye a la población de las tres charlas interdisciplinarias realizadas, en las cuales no se registraron los datos de grado educativo.

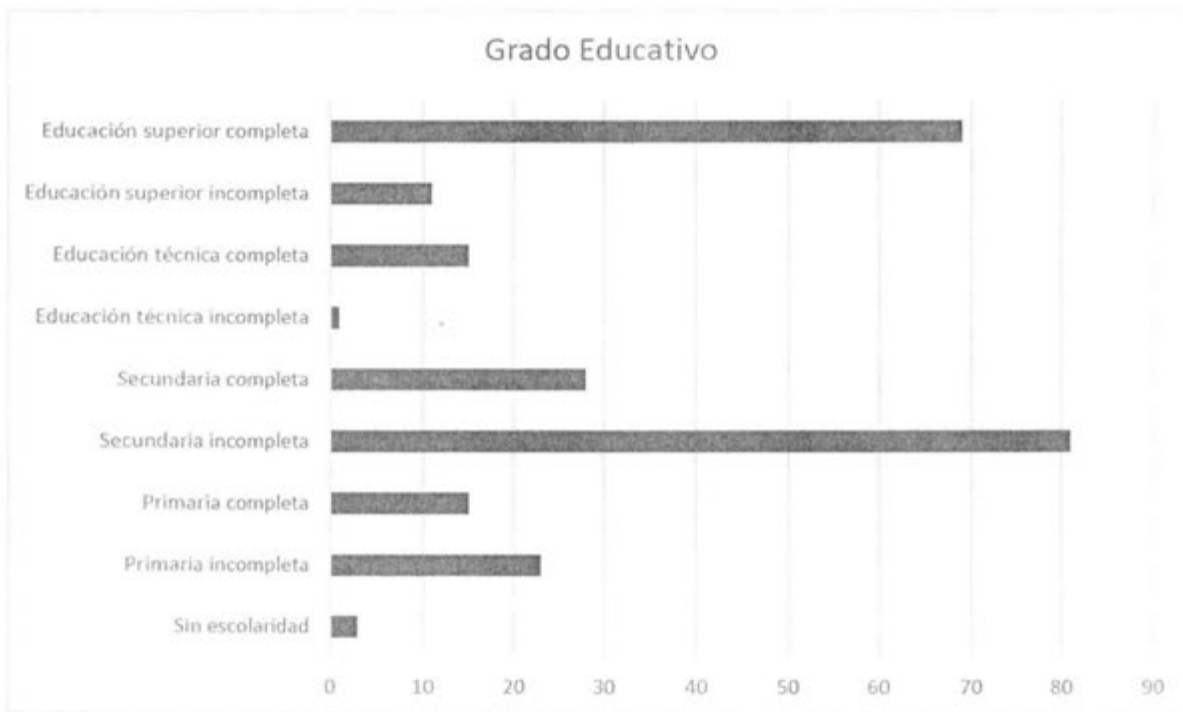


Figura 2. Grado educativo de la población.

Finalmente, llama la atención la distribución de la población por género según tipo de consulta, como se aprecia en la figura 3, la participación masculina, que se muestra más baja, se distribuye principalmente en las sesiones o actividades relacionadas a charlas para parejas o terapia de pareja. Así también se ilustra la predominancia de asistencia femenina a las sesiones individuales en contraposición con la asistencia masculina. Además, en los datos recolectados se puede observar al apartar las sesiones de pareja y charlas interdisciplinarias un total de 28 hombres menores de edad que asisten acompañados por sus padres o encargados, en contraste con 14 hombres mayores

de edad en modalidades de intervención individuales, a ser las sesiones interconsultas e individuales, percibiéndose así la población adulta masculina en modalidades de atención con individuos únicos el grupo de menor representación.



Figura 3. Distribución por género según tipo de consulta.

#### *Intervenciones como coterapeuta.*

Las atenciones como coterapeuta se basaron en general en el apoyo y la observación de las sesiones dirigidas por la asesora técnica, en las modalidades individual, de pareja, interconsultas, domiciliarias previamente descritas. En algunas ocasiones la asesora técnica permitía que la sustentante dirigiera alguna de las técnicas o actividades programadas en la sesión, además de impresiones generales o acotaciones a lo largo de la sesión.

Como se señaló previamente se realizaron 214 intervenciones como coterapeuta, cabe resaltar que por la alta demanda del servicio la mayoría de los usuarios en esta modalidad asistieron a uno

o dos citas máximo, únicamente cinco usuarios asistieron a más de dos sesiones durante los seis meses de inserción profesional, esto en modalidad de recargo debido a la condición de riesgo en la que se encontraban.

Las áreas de abordaje tratadas en esta modalidad fueron amplísimas, incluyendo usuarios con diagnósticos de trastornos mentales, enfermedades crónicas y neurodegenerativas, problemas relacionados con el entorno familiar, laboral y educativos, situaciones de abuso o violencia y muchas áreas temáticas más.

Las modalidades de intervención fueron igualmente diversas, además de la utilización del modelo cognitivo conductual tratado previamente, se observó la utilización de la terapia breve estratégica, terapia centrada en emociones, modelo de hipnosis de Milton Erickson y arteterapia.

Por otro lado, en las sesiones individuales orientadas a la evaluación psicodiagnóstica, la sustentante observaba la aplicación de las pruebas, apoyaba con el manejo de materiales y en algunas ocasiones aplicaba algunas de las pruebas a los evaluados, además de su respectiva calificación posteriormente. Las pruebas observadas y aplicadas se resumen en la sección de instrumentos en el apartado de la metodología, además de estas se observó la aplicación de la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo 2 (ADOS 2) y el Test de Rorschach.

En cuanto a las sesiones de terapia grupales, se trabajó como coterapeuta en dos procesos grupales postcirugía bariátrica, estos se ejecutaron en conjunto con el Dr. Bryan Durán Rodríguez, psicólogo clínico del servicio. Se abordaron dos grupos de 8 y 9 personas respectivamente. En el primer grupo participaron 6 mujeres y 2 hombres, de los cuales completaron el proceso 6 mujeres y 1 hombre; en este grupo se realizaron 6 sesiones en total, 4 de 2 horas y 2 de 3 horas en las que se ajustó la séptima sesión por motivo de un día festivo. En el segundo grupo participaron 6 mujeres



y 3 hombres, de los cuales culminaron el proceso 5 mujeres y 2 hombres, se realizaron 7 sesiones de 2 horas cada una. En total se realizaron 13 sesiones, en las cuales se laboraron 28 horas.

El programa de intervención referido por el Dr. Durán (2019) se basó en el modelo de terapia cognitiva de Beck y abarcó como temas principales el manejo de la depresión, ansiedad y autoestima desde el modelo, además de trabajar sobre la cohesión grupal. Durante las sesiones se abordaron distorsiones cognitivas y pensamientos disfuncionales desde el modelo A-B-C-D, así como la relación entre depresión, ansiedad y obesidad. Además, durante todas las sesiones se realizaron ejercicios de relajación y respiración que pudieran ser replicados por los participantes posteriormente, se utilizó por ejemplo la respiración profunda, la relajación progresiva de Jacobson, la relajación autógena y relajación mediante la visualización de un lugar seguro. Finalmente se elaboró sobre las diferencias entre el hambre física y hambre emocional.

Finalmente, se participó de tres charlas interdisciplinarias de tres horas cada una como parte del programa de técnicas de fertilidad de baja complejidad, en estas la sustentante apoyó en la distribución de los materiales y escalas de auto reporte, así como el manejo del material audiovisual. La población participante fue de 76, 52 y 30 personas para cada una.

#### *Intervenciones como terapeuta individual.*

Una de las funciones ejecutadas a nivel individual fueron la realización de interconsultas a pacientes hospitalizados, en estas se realizaron valoraciones previas a cirugías cardíacas, apoyo en el diagnóstico de enfermedades, manejo de la ansiedad y contención emocional durante el internamiento. La tabla 8 resume la información de las 7 intervenciones realizadas en modalidad de interconsulta con un total de 12 sesiones.

Tabla 8

*Interconsultas realizadas como terapeuta*

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cantidad de Sesiones</b>
LES, ansiedad	18	Mujer	2
Cirugía cardíaca	72	Hombre	1
Diagnóstico de metástasis	33	Mujer	3
Contención emocional	68	Mujer	1
Cirugía cardíaca	74	Hombre	1
VIH, adherencia al tratamiento	29	Mujer	3
Depresión	42	Mujer	1

Dentro de las psicoterapias individuales efectuadas como terapeuta se atendieron un total de 22 casos, con 82 sesiones registradas. Para estos casos se entiende como un proceso completo los procesos terapéuticos en los que se logró cumplir con los objetivos de terapia establecidos, aquellos casos considerados incompletos refieren a usuarios que abandonaron el proceso y no se presentaron más a sesiones. En algunos casos los procesos continuarán en seguimiento por parte de la asesora técnica pues no se lograron cumplir con los objetivos durante el periodo trabajado, además de que llevan procesos psiquiátricos en paralelo, o bien fueron atenciones iniciadas cerca del final del periodo de inserción. Finalmente se distinguen como apoyo, aquellas sesiones que se

realizaron con usuarios atendidos por la asesora técnica, donde se les atendió como terapeuta por situaciones de emergencia, cambios en agenda o porque la asesora técnica consideró oportuno.

Tabla 9

*Intervenciones individuales como terapeuta*

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cantidad de Sesiones</b>	<b>Proceso</b>
Accidente cerebrovascular, ansiedad, ideación suicida	43	Mujer	3	Seguimiento/ Apoyo
Intervención sobre conductas de riesgo, relación con madre con diagnóstico de cáncer	13	Mujer	12	Completo
Acoso estudiantil	17	Mujer	1	Apoyo
Trastorno de ataques de pánico con agorafobia	33	Mujer	2	Incompleto
Depresión, ansiedad, abuso sexual, diabetes	23	Mujer	9	Incompleto
Separación de la pareja, Ansiedad y depresión	34	Mujer	2	Apoyo
Ansiedad y depresión	56	Mujer	1	Apoyo
Autismo, gestos suicidas, habilidades sociales, autorregulación emocional	15	Mujer	10	Completo
Pensamientos distorsionados	20	Mujer	1	Apoyo

Ansiedad, duelo tras aborto natural previo, embarazo	37	Mujer	10	Completo
Pensamientos distorsionados	25	Mujer	1	Apoyo
Ansiedad	36	Mujer	2	Incompleto
Manejo de la culpa, toma de decisiones	46	Hombre	6	Completo
Acoso escolar, vínculo materno	14	Mujer	4	Incompleto
Depresión	36	Mujer	5	Seguimiento
Ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, autorregulación emocional	13	Hombre	7	Completo
Problemas con la crianza de los hijos	36	Mujer	3	Apoyo
Depresión en embarazo	27	Mujer	1	Apoyo
Arritmia cardíaca	57	Mujer	1	Apoyo
Problemas con la crianza de los hijos	37	Mujer	1	Apoyo
Ideación suicida	17	Mujer	1	Seguimiento
Padre con diagnóstico de cáncer	8	Mujer	1	Apoyo

---

Las terapias de pareja consistieron sobre todo de la valoración de parejas del programa de técnicas de fertilidad de baja complejidad, estas valoraciones son requisito del protocolo hospitalario, por esta razón la mayoría de las parejas no poseen un motivo de consulta u objetivos terapéuticos, por lo que es común que se realicen solo una o dos sesiones por pareja y sea dada de alta. De este modo se atendieron 13 casos en 14 sesiones diferentes como terapeuta individual.

Tabla 10

*Intervenciones de pareja como terapeuta*

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cantidad de Sesiones</b>	<b>Proceso</b>
Problemas en la	33	Mujer	1	Completo
dinámica de pareja	34	Hombre		
Protocolo de fertilidad	38	Mujer	1	Completo
	39	Hombre		
Protocolo de fertilidad	38	Mujer	1	Completo
	37	Hombre		
Protocolo de fertilidad	35	Mujer	1	Completo
	37	Hombre		
Protocolo de fertilidad,	39	Mujer	2	Completo
ansiedad ante el proceso	42	Hombre		
Protocolo de fertilidad,	38	Mujer	1	Seguimiento
abuso sexual	45	Hombre		
Protocolo de fertilidad	40	Mujer	1	Incompleto

	38	Hombre		
Vinculación erótica y afectiva	56	Mujer	1	Apoyo
Problemas con la crianza del niño	35	Mujer	1	Apoyo
Protocolo fertilidad	32	Hombre		
	34	Mujer	1	Completo
	36	Hombre		
Protocolo de fertilidad	28	Mujer	1	Completo
	35	Hombre		
Protocolo de fertilidad, duelo	34	Mujer	1	Seguimiento
	35	Hombre		
Protocolo de fertilidad	33	Mujer	1	Completo
	32	Hombre		

---

Se realizaron además dos evaluaciones psicodiagnósticas completa de manera individual. La primera fue una valoración de atención y memoria a un paciente masculino de 30 años con episodio de meningitis con posibles secuelas. Para la evaluación se eligió la aplicación de la prueba NEUROPSI, los resultados obtenidos mostraron a la persona con secuelas leves, sin afectación significativa en memoria y atención, colocándose en la categoría normal.

Posteriormente, se realizó una evaluación psicodiagnóstica a una menor de 7 años, descartando la presencia de Trastorno por Déficit Atencional (TDA), e indagando posibles afecciones que estén originando un bajo desempeño académico. Para ello se aplicaron una serie de pruebas, a ser: WISC IV, TONI 2, K-BIT, Test de Atención d2, Test Gestáltico Visomotor Bender, Escala de Connors

para padres y profesores, Perfil de conducta de niños(as) y jóvenes de 4 – 18 años T.M. Achenbach, Figura humana, Dibujo kinético de familia, Test de Oraciones Incompletas para Niños.

Mediante esta evaluación además de lograrse descartar la presencia de TDA, se pudo reconocer coeficiente intelectual en el promedio bajo, así como un rendimiento límite en comprensión verbal. Además, se pudo observar un retraso de un año en el nivel de maduración visomotora. Finalmente, en el área emocional se percibieron afectaciones a raíz de la ausencia del padre, que se ha comportado como una figura intermitente.

En la realización de estos psicodiagnósticos se aplicaron y calificaron las pruebas como terapeuta individual, así como la confección del informe psicodiagnóstico y devolución de resultados a los consultantes y encargados.

#### 6.4 Evaluación de los resultados

Para la evaluación de resultados no se utilizó un instrumento estandarizado para la medición del nivel de satisfacción con el proceso terapéutico, sin embargo, se aplicó una guía básica de preguntas abiertas descrita previamente en la sección de metodología, en la cual los usuarios expresaron sus percepciones mediante auto reportes según si se encontraban insatisfechos, poco satisfechos, satisfechos o muy satisfechos para cada uno de los aspectos evaluados.

Se resalta que en todos los procesos de intervención como terapeuta individual que se completaron, a ser 5 procesos con 45 sesiones en total, los consultantes y/o sus padres y encargados reportaron encontrarse muy satisfechos en los diferentes aspectos evaluados a ser la mejoría en la sintomatología, cumplimiento de los objetivos de terapia, satisfacción con el proceso terapéutico, las sesiones trabajadas y la labor de la sustentante. Ninguno de los consultantes se reportó insatisfecho, poco satisfecho o satisfecho en ninguna de las categorías, es decir, únicamente se

obtuvieron retroalimentaciones positivas, no se recolectaron datos sobre elementos que desagradaron o que modificarían de la terapia o de la sustentante. Esto se mantuvo también en los auto reportes referidos a lo largo intervenciones realizadas, tanto en los procesos que se completaron como aquellos que continuarán en seguimiento o que quedaron incompletos.

En cuanto a la labor como coterapeuta, específicamente en la modalidad de intervención grupal, los participantes también se mostraron satisfechos con el proceso y agradecidos por los conocimientos y técnicas adquiridos para el manejo de sus emociones, incremento de su autoestima y control de su conducta alimenticia; además demostraron su agrado por el trabajo tanto del Dr. Durán como de la sustentante.

De igual manera se recibió retroalimentación positiva por parte de la asesora técnica respecto a la labor realizada a lo largo de la práctica, así como por el apoyo brindado en la atención de casos de seguimiento, interconsultas e intervenciones en crisis. Como comentario final añadió su parecer respecto a la sustentante como una buena profesional en el área de la psicología de salud, sugiriendo una especialización en dicha área.

#### 6.5 Otras funciones.

Como parte de las actividades paralelas a las sesiones psicoterapéuticas y funciones de atención directa, se utilizaron 27 horas de supervisión con el director de la presente práctica dirigida, Ronald Ramírez Henderson, PhD; así como con la asesora técnica MSc. Guiselle Castro Esquivel; en las cuales se valoraron las intervenciones realizadas, las técnicas empleadas, la distribución horaria, entre otros.

La revisión bibliográfica se muestra como un eje para la preparación de la practicante para el abordaje de las diferentes sesiones terapéuticas, dentro de esto tanto el director del proyecto como



la asesora técnica, proponen lecturas y revisión sobre temas específicos cuando así lo consideran oportuno. A lo largo de la inserción se dedicaron 73 horas a la revisión bibliográfica. Entre los principales temas investigados resaltan la elaboración de un examen mental, mindfulness y compasión, terapia cognitiva, terapia racional emotiva conductual, arte terapia, técnicas de terapia infantil; tratamientos basados en la evidencia para autismo, trastorno de estrés post traumático, depresión, ansiedad no especificada, trastorno por ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, abuso sexual; tratamientos en medicina conductual para casos de diabetes, accidente cerebro vascular, asma, alergias dermatológicas. Así mismo se han revisado manuales de evaluación e interpretación psicodiagnóstica en pruebas como el WISC IV, D2, TONI 2, K-BIT, Test Gestáltico Visomotor Bender, NEUROPSI, Escala de Conners, Escala de Achenbach, BDI II, BAI y Test de Rorschach.

De la mano, la acompañan 52 horas de planeamiento y elaboración de materiales, en las cuales se estructuró el plan de intervención como terapeuta individual y se elaboraron materiales como la guía de aplicación de economía de fichas, pasos básicos en la solución de problemas y autorregulación emocional; además de apoyar el planeamiento de la asesora técnica en sus respectivas intervenciones. Se rescatan además 44 horas empleadas en la valoración de pruebas psicodiagnósticas y la realización de informes psicodiagnósticos.

La discusión de casos y la revisión documental de expedientes han abarcado 20 horas y 32 horas respectivamente, dedicadas a la preparación para el abordaje de los casos subsecuentes o que son referidos por otro servicios o centros de salud. La discusión de casos se ha realizado tanto con la asesora técnica como con otros profesionales de salud.

El trabajo de documentación sistemática ha incluido el registro diario en forma de bitácora y registros estadísticos, en los cuales se desglosan los datos respecto a todos los casos abordados,

sesiones realizadas, horas laboradas, técnicas psicoterapéuticas empleadas, entre otros. Además, se registran la confección de informes mensuales, así como la preparación del documento final. En esta labor se ha empleado 145 horas.

Así mismo, la sección de psicología clínica del Hospital México contempla dentro de su programa una hora diaria para la confección de notas en el sistema informático Expediente Digital Único en Salud (EDUS), en el cual se desglosa el motivo de consulta de la persona, examen mental, análisis de la sesión, plan de intervención, presencia de riesgo, diagnóstico e historia de vida de la persona y/o pareja. Cabe resaltar que este registro se realizó en compañía de la asesora técnica o por la practicante. Se han registrado 83 horas en la digitalización de la información de cada sesión en EDUS.

Como parte de los programas de servicio encontramos las comisiones. En el plazo tratado se utilizaron 41 horas en el Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNA). En este comité se realiza un análisis de las intervenciones idóneas en cada situación de maltrato hacia niños, niñas y adolescentes identificados en los establecimientos de salud, en este caso en el Hospital México. Dentro de las 41 mencionadas se incluye también la charla interdisciplinaria impartida por parte de la sustentante a los miembros del comité, esta abordó como temática principal el mindfulness y compasión para profesionales de la salud, así como la práctica de gestos compasivos y relajación.

Por otro lado, se han dedicado 38 horas a actividades técnico-logísticas, que incluyen la revisión y compilación de protocolos de tamizaje del programa de técnicas de reproducción humana de baja complejidad y la construcción de una base de datos con los resultados de estos protocolos. En esta última se procesaron un total de 754 instrumentos BDI II y BAI, además de información y datos personales de 377 personas.

Finalmente, se asignan 20 horas a otras actividades de carácter diverso, como lo son el conteo de activos materiales, sesiones anatomo clínicas, sesiones de relajación como parte del programa de enfermería en salud mental, entre otros. La tabla 11 resume los datos recién descritos:

Tabla 11

*Registro de funciones no relacionadas a la atención directa.*

Tipo de función	Número de horas	%
Supervisión	27	4,45
Planeamiento	52	8,58
Revisión bibliográfica	73	12,04
Actividades técnico logísticas	38	6,27
Revisión documental de expedientes	32	5,28
Discusión de casos	17	2,04
CEINNA	41	6,76
Sesión anatomo clínica	18	2,97
Psicodiagnóstico	44	7,26
Notas EDUS	83	13,69
Documentación de casos y confección de informes	135	23,92
Inducción	13	2,14
Otras actividades	20	3,30
Total	606	100

## **7. Aporte profesional y personal de la práctica dirigida.**

Los principales aportes en este proceso fueron para la proponente, tal y como se planteó en los objetivos de esta inserción, la adquisición de competencias y habilidades propias de un psicólogo clínico y de salud en un ambiente hospitalario fueron los principios que motivaron a la realización de esta práctica dirigida, pero además, como resultados complementarios, la experiencia aportó crecimiento no solo en el área profesional, sino también en el área personal.

En una primera instancia, se obtuvieron experiencias en la inserción dentro de un espacio laboral, si bien a lo largo de la carrera de psicología en la Universidad de Costa Rica se realizan numerosas prácticas con diferentes poblaciones, ésta se presentó como la primera inserción a tiempo completo en un espacio donde se comparte con otros colegas de psicología, además de con los profesionales en psiquiatría y enfermería en salud mental que conviven en la misma sección del hospital.

El tener espacios de actividades enfocadas al beneficio del clima laboral o incluso el tiempo compartido en horas de almuerzo en el comedor resultaron enriquecedoras en las relaciones interpersonales que se lograron instaurar con los colegas de trabajo. Cabe resaltar que el recibiendo y apertura a la inserción de una estudiante en su espacio de trabajo fue sumamente grato por parte de todos.

Resulta valiosa también la confianza que se sintió de parte de los colegas, psiquiatras y enfermeros, hacia la sustentante al referir casos para la atención individual, o al solicitar el apoyo para la intervención en crisis de algunos pacientes. Acto que se puede entender como un buen manejo de la estudiante en los casos tratados a lo largo de la práctica, de igual manera que la apertura del Dr. Durán al acompañamiento como coterapeuta de dos intervenciones grupales.

Particularmente, de parte de la asesora técnica se obtuvo retroalimentación positiva durante todo el proceso, además en algunas ocasiones reconoció la iniciativa de la sustentante para trabajar con casos que se consideraban un reto, así como los aportes acertados durante los trabajos como coterapeuta. Gracias a esto se realizaron diferentes intervenciones individuales como apoyo a pacientes que se encontraban en seguimiento con la MSc. Castro, así como varias intervenciones en crisis a diferentes pacientes.

Dentro de los apoyos realizados, en dos casos fue solicitado por la MSc. Castro la intervención con los padres de pacientes menores de edad en seguimiento, para trabajarse en entrenamiento para padres desde el modelo cognitivo conductual. Algunos de los apoyos solicitados, por otro lado, consistieron en intervenciones desde el Mindfulness y Compasión (García y Demarzo, 2015) a pacientes en seguimiento. Respecto a esta temática también se impartió una charla a los profesionales del CEINNAA, quienes mostraron interés por la temática y solicitaron una ponencia sobre el tema.

Precisamente el acompañamiento al CEINNAA permitió fortalecer conocimientos sobre el área de atención en casos de violencia hacia menores de edad, así como aprendizajes respecto a los lineamientos legales desde los cuales se deben abordar estos casos, pero sobre todo aprendizajes acerca del análisis y la toma de decisiones interdisciplinaria que conlleva cada caso. En varios de los casos tratados fue necesaria la realización de visitas domiciliarias, la coordinación con instituciones educativas, con otras instituciones de salud y con el Patronato Nacional de la Infancia.

Dentro de los resultados complementarios, es decir, aprendizajes que se tuvieron aparte de los esperados, estuvieron la realización del examen mental propuesto por Rojas (1975) con cada paciente y en cada sesión, así como el reportar este y otros datos en el sistema EDUS. También se

obtuvieron conocimientos sobre técnicas de sugestión y técnicas de la terapia breve estratégica, ampliamente utilizados por la asesora técnica.

Otro resultado complementario fueron las evaluaciones psicodiagnósticas realizadas, tanto como terapeuta como coterapeuta. Dentro de esta labor se obtuvieron conocimientos respecto a la aplicación de gran cantidad de escalas diagnósticas, el análisis y puntuación y de estas, y finalmente la confección de un informe e impresión diagnóstica de lo evaluado en la persona. Dentro de todas las valoraciones destacan la del trastorno de espectro autista, que además de ser las que se realizaron con mayor frecuencia, ofrecen tanta diversidad de patrones sintomáticos como amplio es el espectro.

En las áreas de intervención, aparte de las descritas en el marco conceptual del presente documento, se observaron, analizaron y discutieron casos de pacientes con trastornos de personalidad, ideación suicida, síndrome del cuidador, trastorno bipolar, esquizofrenia, retraso cognitivo, síndrome de Down, alcoholismo, menores de edad que fueron adoptados; pacientes con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humano, cardiopatías, diabetes, cáncer, lupus eritematoso sistémico, fenilcetonuria, dermatitis, psoriasis, fibromialgia, peritonitis, asma, infecciones respiratorias, espina bífida; pacientes con historial de accidentes cerebro vasculares, meningitis, amputaciones, trasplante de órganos, cirugía bariátrica; pacientes víctimas de acoso escolar o laboral, violencia doméstica, violencia filio parental, violencia patrimonial, entre muchas otras temáticas.

Se aprendió también respecto al abordaje institucional que se hace de pacientes con ideas de muerte, ideación suicida y ejecución de intentos o gestos suicidas. Por ejemplo, en la atención de un caso específico, como una de las medidas de seguridad empleadas, se contactó a la usuaria vía telefónica diariamente durante una semana, luego cada dos o tres días hasta lograr estabilización.

Aparte del conocimiento teórico y práctico, se obtuvo también aprendizaje personal sobre la autorregulación emocional del miedo y la ansiedad que genera como profesional el abordaje de pacientes con ideación suicida con plan de ejecución vigente.

El manejo profesional de casos de pacientes con historias de vida difíciles o con diagnósticos terminales fue un aprendizaje meritorio, especialmente acerca de la autorregulación emocional y abordaje de la impotencia y frustración que se puede sentir no solo como profesional, si no como persona. Del mismo modo, el lograr hacer un cierre a las horas laborales presentó un reto y un aprendizaje que debió ser supervisado en varias ocasiones, para lograr continuar con otras esferas de la vida tras la atención a pacientes.

Otra de las habilidades aprendidas fue la flexibilidad, la labor en un hospital de tercer nivel puede llegar a ser verdaderamente intensa en algunas ocasiones, por ejemplo, cuando se presentan gran cantidad de interconsultas clasificadas como urgentes, además de pacientes en crisis que acuden al servicio o pacientes en seguimiento que acuden con una nueva situación de riesgo que requiere un abordaje diferente. Por ello la capacidad de adaptarse y mostrarse flexible ante este tipo de eventos resulta fundamental, tanto en el manejo del tiempo como en la modificación de las sesiones planeadas. Aquí resalta también la capacidad de adaptar los conocimientos teóricos y prácticos que se posean a los diferentes emergentes que se puedan presentar.

Esta capacidad adaptativa se aprendió también como estrategia de afrontamiento ante el ausentismo de los usuarios del servicio, el cual aparte de generar un sin sabor, dejan vacíos en la agenda horaria diaria. Por ejemplo, si en un día no asisten cuatro de los seis pacientes programados o bien, eso significa cuatro horas en las cuales se deben buscar otras tareas. El manejo personal que se hace ante los usuarios que abandonan el proceso fue también un aprendizaje, pues genera decepción y autocrítica.

Las tareas que representaron mayor disfrute y en las que se percibió buenas aptitudes fueron la atención a población adolescente y la intervención a interconsultas. Al respecto, cabe resaltar que la retroalimentación obtenida de parte de los consultantes atendidos a lo largo de la intervención y al realizarse la evaluación final fue afortunadamente positiva. Algunos aspectos sobre los que se retroalimentó positivamente fueron la apertura de la sustentante para hablar de temas que son considerados tabú, la capacidad profesional y el conocimiento teórico-práctico a pesar de ser una persona joven, la naturaleza dinámica y participativa de las sesiones, el uso de materiales para el registro de conductas, emociones y pensamientos, así como herramienta psicoeducativa; el uso de materiales de arte, la naturaleza no directiva de las sesiones, la mejoría de la sintomatología y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.



## 8. Limitaciones

Las dos principales limitaciones encontradas durante los seis meses de inserción profesional fueron la falta de espacio físico y las ausencias de los pacientes a las sesiones. La sección en la que se encuentra el área de psicología clínica en el Hospital México se comparte con los profesionales en psiquiatría, enfermeros en salud mental y asistentes de enfermería; cada uno de ellos cuenta con su propio consultorio y no resta ninguno desocupado, además, al igual que la proponente, se encuentran otros profesionales tanto de medicina como de psicología haciendo sus residencias, prácticas o rotaciones, por lo que la demanda para la utilización del espacio es alta. Por esta razón, para asignar pacientes en modalidad de atención individual se contaba con pocos espacios semanales donde alguno de los consultorios pudiese encontrarse disponible, comúnmente se utilizaba el horario de almuerzo, por ejemplo.

Las ausencias de los usuarios, a pesar de haber generado un aporte en la capacidad de adaptación como se mencionó previamente, representó una limitación, tanto en la modalidad de intervención de terapeuta como de coterapeuta. Primeramente, en la modalidad de terapeuta, representaban un retroceso en el proceso terapéutico con el paciente, pues el plazo para la atención se encontraba limitado a seis meses, pues además, debido a la escases de espacio físico disponible se dificultaba reprogramar la sesión en otro espacio diferente al asignado, por lo tanto esto modificaba el esquema planeado de intervención y reducía la cantidad de temas que podían ser trabajados.

Además, las ausencias de los usuarios en general representaron horas de atención directa a pacientes que no se pudieron concretar, lo cual representa una limitación al cumplimiento de los objetivos relacionados a la atención directa con el usuario. Horas que debían ser utilizadas en otro

tipo de tareas no previstas y espacios de atención que se pierden aun en la alta demanda que hay en el servicio, donde de asignan citas de cuatro a seis meses de plazo.

Esta última precisamente, constituye otra de las limitaciones encontradas, aunque las intervenciones en modalidad de terapeuta se pudieran realizar con mayor frecuencia, no se pudo observar un proceso como coterapeuta completo, para la mayoría de los casos se observó una o dos sesiones con cada consultante, los únicos cinco casos que se observaron con mayor frecuencia fueron aquellos de pacientes que se encontraban en condiciones de riesgo, donde una vez que la situación se estabilizaba pasaba a atenciones con menor frecuencia.

Por otro lado, en los objetivos se plantea la estructuración y aplicación de planes de intervención grupal, lo cual se pudo completar, pero únicamente en la modalidad de coterapeuta, no se tuvo la oportunidad de aplicar ningún proceso grupal como terapeuta. Esto pues a nivel institucional no es permitido que una estudiante sin grado de licenciatura dirija una intervención grupal.

A partir de la labor realizada desde el CEINNAA se pudieron observar varias limitaciones a nivel institucional a partir de los motivos de referencia con los que acudían los pacientes y a través de los casos tratados en el CEINNAA, cómo se remiten a otros profesionales los casos de población infantil y los casos con presencia de abuso sexual, ambas temáticas que deberían por ser abordadas y tratadas en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud, además que todos los profesionales en psicología contratados por la CCSS reciben capacitaciones respecto al manejo de estas intervenciones (Castro, 2019). Esto refleja ya sea una resistencia por parte de los profesionales a tratar estos temas o bien que la capacitación no ha sido lo suficientemente eficaz.

Además, desde el CEINNAA se pudo observar cómo pocos profesionales a nivel del Hospital México llevan a cabo el proceso de denuncia pertinente tras la detección de abuso sexual u otras formas de violencia en persona menores de edad, sino que prefieren elevar el caso al comité para que se encargue del proceso. Lo cual plantea la hipótesis de que en un gran número de casos detectados por los funcionarios del hospital no se lleva a cabo el proceso de denuncia pertinente.

En cuanto al sistema EDUS utilizado por la CCSS se encontraron algunas limitaciones, la principal de ellas es que el profesional solo puede acceder a la información del usuario el día que este tiene la cita y solo una vez que se ha registrado en la secretaría, por lo tanto el profesional no puede revisar de previo las notas del paciente. Dado que un psicólogo puede atender 100 usuarios diferentes o más al mes, sería de mucha utilidad que pueda disponer de la información registrada en el expediente para tener mayor claridad respecto al proceso que se ha trabajado y sus datos históricos básicos.

Esto además limita la posibilidad de realizar discusiones de caso y/o planeamientos en las horas que quedan disponibles tras el ausentismo previamente descrito, pues no se puede acceder a la información del paciente. Otra limitación que presenta el sistema EDUS es la escasa versatilidad para asignar usuarios en espacios no destinados para ello, por ejemplo si una sesión administrativa es cancelada con previo aviso el sistema no permite citar a ningún paciente en ese espacio, por lo cual queda inutilizado.

Durante la última semana de inserción profesional en el hospital se llevó a cabo una protesta a nivel nacional por parte de los sindicatos y otros funcionarios de la CCSS, esto limitó la atención a usuarios pues no se contaba con suficiente personal para el ingreso de los usuarios en el sistema y la distribución de expedientes físicos, además, sin la presencia de otros profesionales en psicología la sustentante no podía atender usuarios sin la respectiva supervisión.

Finalmente, no se participó en proyectos de prevención y promoción de la salud según como lo propone la teoría desde la psicología de la salud, ya que el área de psicología clínica del Hospital México no contaba con ningún programa con estas cualidades, aun cuando una gran parte de la población que se atiende presenta enfermedades crónicas no transmisibles que podrían abordarse desde la prevención y promoción de la salud.

## 9. Discusión.

Los resultados, aportes y limitaciones expuestos reflejan la importancia y utilidad que representa la presencia de profesionales en psicología en los sistemas de atención en salud, en especial en centros hospitalarios con tan amplia cobertura como lo es el Hospital México. Se pudo observar cómo los psicólogos y las psicólogas son profesionales que efectivamente apoyan los servicios del campo de la salud mental que provee la CCSS a sus usuarios, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas que se atiende y proporcionando tratamiento y cuidado global a las necesidades que los usuarios puedan presentar.

Lamentablemente el alcance de estos servicios a la mejoría de la calidad de vida de la población se ve afectado por la alta demanda de los servicios de atención. Zeledón (1990) considera que esto no solo se debe al crecimiento de la población en nuestro país, sino también al crecimiento de las incidencias de carácter biopsicosocial. El informe IESM-OMS (2008) presenta también cifras que demuestran la demanda de intervenciones en salud y salud mental presentes en los sistemas de salud de nuestro país. Esto se pudo apreciar especialmente en las intervenciones como coterapeuta que se realizaron durante la práctica, de las cuales ninguna fue completada durante los seis meses de inserción, incluso muchos de los usuarios llevaban procesos de dos o más años con citas cada tres a cuatro meses, o incluso más.

Además, se pudo observar lo expuesto por Sánchez-Reales, Tornero-Gómez, Martín-Oviedo, Redondo-Jiménez, y del-Arco-Jódara (2014), quienes afirma que la atención clínica en centro de salud de tercer nivel es compleja; durante la práctica se atendieron diversidad de motivos de consulta, la mayoría de ellos con comorbilidad de diagnósticos o situaciones. Además, el ritmo de atención puede considerarse intenso, si se considera que se atienden aproximadamente cien

usuarios mensuales, más aun considerando que se poseen otras tareas apartes de la atención directa a usuarios.

Las posturas teóricas respecto a las labores de un profesional en psicología son diversas, a nivel nacional por ejemplo Zeledón (1990) y Redondo (2013) consideran que los y las psicólogos se encargan de investigar, diagnosticar, medir, intervenir, tratar, evaluar y asesorar en psicología; así como desarrollar métodos para la prevención, la intervención en crisis y el tratamiento de la enfermedad mental.

Mientras tanto, López (2015) se refiere a los roles específicos del psicólogo clínico, los cuáles se versan sobre la realización de evaluación psicológica y el tratamiento psicoterapéutico al paciente. Para ello López (2015) propone la realización de una entrevista inicial y la aplicación e interpretación de pruebas, seguido de proceso de tratamiento que genere cambios y adaptaciones conductuales y de salud física. Otras tareas que López (2015) menciona son la planificación y organización de actividades de psicología comunitaria, la capacitación de profesionales y no profesionales en el manejo apropiado de problemas de salud y ajuste emocional, investigación y docencia, planeamientos y diseños de intervención e investigación, y programas diversos de rehabilitación psicosocial (López, 2015).

A nivel internacional Soons y Denollet (2009) mencionan como la principal tarea del psicólogo la evaluación del paciente y su sintomatología mediante la aplicación de entrevistas, observación y pruebas. Seguida por el tratamiento psicológico conductual en una intervención a corto plazo. además mencionan la existencia de tareas como la discusión de casos en equipo interdisciplinarios, la participación en comités, tareas de gestión y capacitación de estudiantes.

Scharager y Molina (2007) consideran que es deber del psicólogo y la psicóloga apoyar al sistema de salud mediante tratamientos eficaces que incluyan actividades de psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, así como proveer rehabilitación social y laboral.

Por lo tanto, se puede extraer de lo expuesto por los autores recién mencionados y a lo largo del documento, que el rol del profesional en psicología en un ambiente hospitalario ha de ser el proveer intervenciones eficaces en el tratamiento, prevención y promoción de la salud mental, conductual y física. Dentro de estos debe ser capaz de evaluar, diagnosticar y tratar problemas psicológicos y disfunciones conductuales, brindar acompañamiento y apoyo tanto a pacientes como a familiares y cuidadores, y realizar intervenciones individuales, grupales, e interdisciplinarias.

En la presente inserción se cumplió con los roles esperados en la atención directa a usuarios, realizándose evaluaciones psicológicas, dentro de las cuales se aplicaron entrevistas conductuales y motivacionales, se evaluó la sintomatología de los usuarios mediante las entrevistas, observaciones, auto registros y escalas aplicadas. También dentro de las actividades de evaluación se realizaron valoraciones del examen mental de los usuarios, así como evaluaciones psicodiagnósticas. Además, se aplicaron diferentes tratamientos a consultantes desde el modelo cognitivo conductual, haciendo uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática, entrenamiento en resolución de problemas, entre otros.

Por último, a pesar de no citarse esta labor en la teoría sobre los roles del profesional en psicología, se realizaron evaluaciones de resultados tras el cierre de las intervenciones, en las cuáles se valoraron la satisfacción con la terapia realizada y con la sustentante, así como los cambios en la metodología y el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Estas

intervenciones se realizaron además desde diferentes modalidades de intervención, que se discutirán más adelante.

Además, se brindó capacitación a profesionales y no profesionales en el manejo apropiado de la salud mental y emocional en las diferentes charlas interdisciplinarias que se realizaron, tanto la charlas a parejas del programa de técnicas de reproducción humana de baja complejidad, como en la charla a miembro del CEINNAA acerca de mindfulness y compasión. Precisamente la participación en el CEINNAA formó parte de una de las tareas de los psicólogos clínicos referidas por López (2015), a ser la participación en comités y actividades de gestión de estos.

De igual manera, para la ejecución de estas intervenciones y tratamientos, se llevaron a cabo planeamientos, diseños de intervención y preparación de materiales, esto se realizó para las diferentes atenciones con usuarios de modalidades individuales, de pareja y grupales, así como para las charlas ejecutadas. Así mismo se realizaron discusiones de casos tanto con colegas en psicología con en equipos interdisciplinarios que incluyeron médicos, trabajadores sociales, psiquiatras y enfermeros en salud mental.

Además de las tareas descritas por los autores se realizó una constante revisión bibliográfica, incluyendo la revisión documental de expedientes, y la revisión sobre textos y materiales relacionados a modalidades de tratamientos específicos; esta además debería ser una de las tareas esperadas en todos los profesionales de psicología, de modo que se mantengan en constante actualización y así poder aplicar los métodos con mayores evidencias. Otras actividades ejecutadas incluyeron la revisión y calificación de pruebas de tamizaje, la construcción de una base de datos respecto a la población de programas específicos y la participación de sesiones administrativas y anatomo clínicas.



Redondo (2013) y López (2015) coinciden en que los profesionales en psicología pueden realizar en tanto intervenciones individuales o grupales, como involucrando a la familia. Mientras tanto Scharager y Molina (2007) observaron en su estudio que la atención psicológica en la salud pública se encontraba principalmente dirigida a la atención asistencial individual, en contraste con la atención grupal, familiar o comunitaria. Los resultados obtenidos en la presente práctica se muestran similares a los ofrecidos por Scharager y Molina (2007), siendo la modalidad de intervención individual la que predominó durante la inserción realizada, abarcando el 74,40% de las intervenciones realizadas, ahora bien, en algunas de estas intervenciones se incorporaba a la familia, sobre todo en los casos de personas menores de edad.

Los autores no mencionan las intervenciones de pareja ni tampoco la modalidad de interconsultas laboradas durante la práctica dirigida, las cuales empatan con un 9,94% de representación. Por su parte la intervención grupal, domiciliar y las charlas interdisciplinarias obtienen las menores representaciones, sin embargo, son las modalidades de intervención que involucra a mayor cantidad de participantes por número de sesión, por cual su alcance es igual de importante.

En cuanto a las temáticas sobre las cuales los psicólogos ejercen roles de evaluación y tratamiento en el sistema hospitalario, Soons y Dellonet (2009) mencionan el trabajo con pacientes con enfermedades crónicas como problemas cardíacos, diabetes o cáncer; pacientes con quejas funcionales o fisiológicas: pacientes con daño cerebral que requieren evaluación, diagnóstico y tratamiento; pacientes con trastornos psicofisiológicos, cefaleas, problemas de sueño, trastornos alimenticios o trastornos del desarrollo; y por último pacientes con condiciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático, entre otros.

A diferencia de lo expuesto por Soons y Dellonet (2009), las temáticas que más se encontraron durante la práctica fueron las relacionadas a condiciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno adaptativo y trastorno de ataques de pánico; seguidamente se trabajó sobre trastornos de desarrollo como el trastorno de espectro autista, retraso cognitivo y síndrome de Down. Otras de las áreas de intervención principales estuvieron relacionadas al entorno social de los pacientes, incluyendo situaciones de separaciones de pareja, divorcio de los padres, ausencia de un miembro de la familia, dificultades en el entorno laboral o educativo entre otras similares. Finalmente se encontraron las áreas relacionadas a enfermedades crónicas o condiciones médicas de los usuarios, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, infecciones del aparato respiratorio, condiciones dermatológicas, fibromialgia, lupus eritematoso sistémico, amputaciones, entre otras.

Respecto al tipo de población con la que trabaja un psicólogo o psicóloga, Redondo (2013) y López (2015) señalan que se labora con diferentes poblaciones, como lo son niños y niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores; dando apoyo en la intervención en crisis, psicoterapia y seguimiento, entre otros. Los resultados encontrados demuestran que esto se cumple en la atención en el área de psicología clínica del Hospital México.

Durante los seis meses de intervención se trabajó con todos los grupos etarios, de niños y niñas, hasta personas adultas mayores. El grupo poblacional más representativo fue el de las personas adultas, siendo un 72,57% de la población tratada; esta alta influencia de población adulta puede explicarse por la participación de parejas del programa de técnicas de reproducción humana de baja complejidad, grupo que por normas técnicas deben encontrarse en edad reproductiva. Precisamente, dentro de los adultos predominan las personas en edades entre los 26 y 46 años.

Seguidamente se encuentra el grupo de población adolescente con 14,34%, niños y niñas con 8,43% y por último la población adulta mayor que representó el 4,64% de la muestra.

Los autores no hacen distinción de género dentro de la población que atienden los y las psicólogas, de igual forma en el Hospital México se atiende sin distinción de la identidad de género de las personas. Ahora bien, llama la atención que es la población femenina la que más asiste a la atención psicológica, con una diferencia de 62,01% para personas femeninas y 37,99% para población masculina. Llama la atención también que la mayoría de la participación masculina asistía a citas de pareja o acompañados de padres o encargados, siendo la intervención individual masculina la menos representativa.

Tampoco se hace distinción en el grado de educativo de la persona para su atención en psicoterapia, aunque bien durante la práctica sí se observó la necesidad de realizar ajustes a las técnicas trabajadas o al lenguaje utilizado durante las sesiones de modo que fuese acorde con el grado educativo y se adaptase a nivel cultural de igual manera. Las categorías con más representación fueron la de personas con secundaria incompleta con 81 personas, seguida de las personas con educación superior completa con 69 personas y en tercer lugar la población con secundaria completa con 28 personas.

Para el cumplimiento de los roles establecidos y el abordaje de las áreas y poblaciones atendidas se eligió el modelo cognitivo conductual dada la evidencia y base empírica que ha demostrado para la intervención de manera eficaz, efectiva y eficiente de un gran número de condiciones psiquiátricas y biopsicosociales. Además, Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010) la describen como una modalidad de intervención que permite obtener resultados en menor tiempo y por tanto a menor costo.

Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2012) refieren sobre su eficacia para el abordaje de diferentes poblaciones, incluyendo, niños y niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores. Mientras, Riveros, et al. (2005), Pérez, et al. (2010), Canales (2011), Carapia-Sadurni (2011), Fullana; et al. (2012), Jiménez; et al. (2013), Del Río; et al. (2015), Kootker; et al. (2015), Spink; et al. (2016), Godoy; et al. (2017) y otros, respaldan la evidencia del modelo para el tratamiento de condiciones psiquiátricas, enfermedades crónicas y otras condiciones médicas, trastornos del desarrollo, condiciones biopsicosociales, entre otras.

Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010) también los describen como un enfoque activo, de naturaleza educativa y altamente estructurado, lo cual permite la inserción de evaluación inicial y final, además de evaluación constante de los progresos durante el proceso.

Gracias a la evaluación realizada se pudo obtener eficacia en el cumplimiento de los objetivos de terapia de los todos los casos completados como terapeuta inicial. La totalidad de estos procesos reportaron disminución de la sintomatología con respecto a antes de iniciar la intervención psicológica, así como satisfacción con la modalidad terapéutica y las actividades y técnicas llevadas a cabo. Así mismo, se pudo confirmar la versatilidad de esta modalidad en su aplicación a nivel individual, de pareja y grupal.

Por lo tanto, la presente práctica dirigida se muestra como una demostración más de la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales para el tratamiento de la ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del espectro autista, así como en el acompañamiento en proceso de separación, prevención de conductas de riesgo, incremento de las habilidades sociales, entrenamiento para padres, entre otros.

De igual manera, se cumplió con lo establecido por la APA (2014), que argumenta que los psicólogos que intervienen en ambientes hospitalarios deben intervenir bajo un marco basado en evidencia, como lo es el modelo cognitivo conductual que ha presentado basta evidencia a través de los años de que es apto para ser aplicado en las intervenciones psicológicas en hospitales.

Esta inserción, por lo tanto, apoyó también lo expuesto por Glanz y Bishop (2010) respecto al éxito que demuestran las intervenciones basadas en la comprensión de los comportamientos de salud y los contextos en los que ocurren, sobre otras modalidades de atención. Sin embargo, en las intervenciones como coterapeuta no se observó la utilización de intervenciones basadas en la evidencia en todos los casos, sobre todo considerando el distanciamiento entre sesión y sesión, lo que no permite la aplicación de programas estructurados de intervención basada en la evidencia,

En cuanto a la aplicación de los principios de la psicología de salud durante la ejecución de la práctica, Gómez (2007), Pérez; et al. (2010), Sarafino y Smith (2011) y Brannon, Feist y Updegraff (2014) coinciden en que las intervenciones desde la psicología de la salud se deben dar desde la promoción de la salud, y la prevención y tratamiento de enfermedades. De estos principios únicamente se abordó el del tratamiento de la enfermedad, dado que el servicio de psicología desde el que se laboró no cuenta con programas de prevención ni promoción de la salud. Se podría considerar un abordaje parcial del principio de prevención en el trabajo realizado en la intervención grupal post bariátrica, al abordarse la ansiedad y depresión desde la terapia cognitiva de Beck en población que no cuenta con estos diagnósticos. El principio de promoción de la salud no se utilizó del todo durante la inserción profesional.

El área de psicología clínica del Hospital México resultó un espacio ideal para aplicar y obtener conocimientos y habilidades en la intervención en psicología clínica dada la diversidad de tareas

que se poseen diariamente en este servicio, así como la pluralidad de motivos de consulta y áreas temáticas de intervención, sin olvidar que se abordan poblaciones de todos los grupos etarios.

Esto permitió el crecimiento profesional y personal de la sustentante, lo cual cumple con el objetivo general de esta inserción profesional, obteniéndose aprendizajes y experiencia sobre la inserción en un espacio laboral, la participación en comités, la participación en labores administrativas, aplicación de evaluación psicológica y psicodiagnóstica, tratamiento cognitivo conductual en modalidad individual, de pareja y grupal, la participación de visitas domiciliarias y de charlas interdisciplinarias, realización de interconsultas e intervenciones interdisciplinarias, manejo de la ética laboral, la confección de registros en el expediente de acuerdo al formato establecido por la CCSS, entre muchas otras.

## **10. Conclusiones.**

La modalidad de práctica dirigida como trabajo final de graduación se presenta efectiva en la aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de la carrera de psicología; a pesar de que se cuentan con módulos prácticos, esta aparece como la primera oportunidad para realizar una inserción a tiempo completo en un espacio temporal de seis meses, durante los cuales se tuvo la oportunidad de ejecutar los roles que han de cumplir los y las profesionales de psicología, en este caso, en el área de psicología clínica de un hospital nacional de tercer nivel.

Los objetivos que se plantearon en esta práctica se completaron con éxito, el primer lugar se ejecutaron evaluaciones psicológicas, conductuales y psicodiagnósticas, determinándose los factores biológicos, psicológicos y sociales presentes en las afectaciones que presentaron los usuarios atendidos. Además, se estructuraron y aplicaron planes de intervención individual y grupal desde el enfoque cognitivo conductual como parte del tratamiento y resolución de los objetivos de terapia de cada usuario, adicionalmente también se estructuraron aplicaron planes de intervención en modalidad de pareja, domiciliar e interconsultas.

Posteriormente, se llevaron a cabo evaluaciones finales a los procesos terapéuticos e intervenciones, determinando el nivel de satisfacción con el proceso terapéutico, desempeño de la sustentante, objetivos terapéuticos cumplidos y pendientes por trabajar, cambios en la sintomatología percibidos, percepción de padres, encargados o terceros y comentarios adicionales.

Se considera un resultado a favor del cumplimiento de los objetivos el recibimiento de únicamente retroalimentación positiva por parte de los usuarios atendidos, la asesora técnica y demás colegas de la sección de psicología clínica. Así mismo se considera el reporte de mejoría

en la sintomatología y satisfacción con la terapia de todos los usuarios con los que se logró completar la intervención.

Se obtuvieron también resultados adicionales respecto a tareas complementarias realizadas como la participación en charlas interdisciplinarias, participación de tareas administrativas y comités del centro hospitalario. La ejecución de la totalidad de actividades permitió la aplicación y perfeccionamiento de las habilidades y conocimientos que ya se tenían, así como la adquisición de nuevas habilidades y competencias, por ejemplo estrategias de entrevista, evaluación conductual, evaluación de examen mental, aplicación y codificación de pruebas psicodiagnósticas, confección de registros en expedientes, abordaje de poblaciones de todos los grupos etarios y grados educativos así como el abordaje de múltiples diagnósticos y sintomatologías, intervención en crisis, trabajo en equipos interdisciplinarios, entre otras.

La constante revisión bibliográfica también apareció fundamental durante la inserción, particularmente con el fin de utilizar las técnicas e intervenciones con mayor evidencia respecto de su eficiencia, efectividad, eficacia para cada tipo de sintomatología específica. Cabe resaltar que la aplicación de métodos cognitivo conductuales generó resultados satisfactorios en todas las intervenciones realizadas, además de mostrarse versátil para su utilización con todos los grupos etarios y en todas las modalidades de intervención utilizadas.

Finalmente, cabe mencionar que la realización de esta inserción profesional representó una experiencia enriquecedora para la sustentante, en la cual se tuvo la oportunidad de compartir con excelentes profesionales, incluido el comité asesor y colegas de la sección de psicología clínica, que se comprometieron a la transmisión de sus conocimientos y habilidades a la practicante. Se espera además que la labor realizada haya sido también de apoyo y beneficio para el servicio de psicología clínica del Hospital México.



## **11. Recomendaciones.**

*Al Departamento de Psicología Clínica del Hospital México.*

- Estructurar y aplicar programas de promoción de la salud mental y física, así como protocolos de prevención de enfermedades crónicas y trastornos mentales.
- Implementar en la atención directa a los usuarios modelos de intervención basados en la evidencia.
- Utilizar pruebas y escalas psicométricas actualizadas, con adecuados índices de confiabilidad y validez, y de preferencia adaptadas a la población costarricense.
- Mantener la apertura a espacios de docencia donde otros estudiantes puedan continuar insertándose y consolidando sus aprendizajes teórico-prácticos.
- Desarrollar un modelo único de intervención grupal según cada una de las temáticas a abordar, de modo que todos los profesionales apliquen el mismo protocolo para cada programa y se puedan evaluar los resultados obtenidos uniformemente.
- Reestructurar la configuración del sistema EDUS, de modo que permita realizar cambios ante modificación del cronograma. Además, de permitir la revisión de los datos de los usuarios previo a su arribo, con el fin de estructurar y planear los procesos terapéuticos más apropiadamente.
- Ampliar los programas de atención a pacientes hospitalarios, que permitan la cobertura de mayor cantidad de usuarios de parte del servicio de psicología clínica, por ejemplo, abarcar a la población en maternidad adolescente.
- Capacitar a los profesionales en el abordaje de casos de violencia doméstica, abuso sexual o violación, y demás formas de violencia. Así como acerca del proceso de denuncia que se debe llevar a cabo.

- Generar convenios con diferentes instituciones públicas o privadas para la apertura de espacios de inserción de estudiantes que permitan la elaboración de trabajos finales de graduación desde las distintas modalidades.
- Favorecer más líneas de comunicación con el estudiantado que permitan la distribución de información respecto a fechas importantes, trámites y documentos necesarios, plazos para la realización de matrícula y solicitud de campos clínicos, entre otras informaciones indispensables en el proceso de graduación.
- Reforzar a los miembros del comité asesor de los trabajos finales de graduación, incluyendo a los profesionales ajenos a la Universidad de Costa Rica.
- Fortificar la enseñanza respecto a la aplicación, puntuación y codificación de instrumentos, pruebas y escalas psicológicas, así como la confección de impresiones diagnósticas a partir de los resultados obtenidos.
- Promover el desarrollo de actividades, cursos teórico-prácticos e investigaciones orientados a la psicología basada en la evidencia, que permitan al estudiantado ampliar su formación en herramientas eficientes, efectivas y eficaces en psicología.
- Reestructurar los lineamientos de la modalidad de práctica dirigida, específicamente sustituir el apartado de contextualización del problema por contextualización de la práctica.

## 12. Referencias bibliográficas.

- Abuín, M. (2016). Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clinica y Salud*, 27 (3), 133-145.
- Acuña, Y. (2017). *Desarrollo de competencias y habilidades por medio del apoyo supervisado en la atención integral a pacientes y familiares usuarios del servicio de neurocirugía, la unidad de neurooncología y el servicio de psiquiatría y psicología del hospital México*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Álvarez, J., Aguilar, J. & Lorenza, J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10, 333-354.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2014). Briefing series on the role of psychology in health care; Primary care. Recuperado de: <http://www.apa.org/health/briefs/primary-care.pdf>
- Aydin, B. (2012). Medical Art Therapy. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 4(1), 69-83.
- Bados, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>

- Bados, A. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 247-270). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Bados, A. & García, E. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Báguena, M. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 311-336). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Barlow, D. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. (5th Ed.) New York: The Guilford Press.
- Botella, C. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 287-310). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Brannon, L., Feist, J. y Updegraff, J. (2014). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. (8a. ed.). California: Wadsworth.
- Bregman, C., López-López, W. & García, F. (2015). Clinical psychology in hispanic american journals: A bibliometric analysis from 2012 to 2014. *Terapia psicológica*, 33(3), 205-219.
- Browson, R., Fielding, J. y Maylahn, C. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30, 175-201.

- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Anuario Estadístico 2017. Estadísticas de salud CCSS 2017. Recuperado de: [https://www.ccss.sa.cr/est\\_salud](https://www.ccss.sa.cr/est_salud)
- Camacho, J., Hernández, V., Rosales, D. y Salas, N. (2014). *Historia de la formación profesional de la psicología en Costa Rica durante el período comprendido entre los años 1986-2011*. (Seminario de Graduación de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Canales, L. (2011). Intervención Cognitivo-Conductual para la Disminución del Estrés en Pacientes con Cardiopatía Isquémica. *Summa Psicológica UST*, 8(1), 21-28.
- Capafóns, A. y Alarcón, A. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 223-235). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L. y Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Caseras, X., Fullana, M.A., y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. En M. Servera Barceló (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.

- Chejter, S. (2015). *Protocolo para la atención integral de víctimas de violencias sexuales: Instructivos para equipos de salud*. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo\\_vvs.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_vvs.pdf)
- Chunga, M. (2017). *Propiedades Psicométricas del test de atención d2 en estudiantes nivel secundario de una Institución Educativa del distrito 26 de Octubre, Piura 2016*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad César Vallejo, Perú.
- Código Penal. (Ley N° 4573, 4 de mayo de 1970). Costa Rica.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2002). Trastornos emocionales: depresión y retraimiento social. En: M. Servera Barceló (Coord.). *Intervenciones en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Del Río, E., Herrero, R., Enrique, A., Peñalver, L., García-Palacios, A., Botella, C., Ballester, F. y Doménech, J. (2015). Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 231-238.
- Franklin, M. y Foa, E. (2014). *Obsessive-Compulsive Disorder*. New York, United States: The Guilford Press.
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L. F., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.

- 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.
- García, J. y Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y Compasión. La nueva revolución*. España: Siglantana.
- Giusti, G. (2018). *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). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Glanz, K. & Bishop, D. (2010). The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399-418.
- Godoy, L., Long, M., Marschall, D., Hodgkinson, S., Bokor, B., Rhodes, H., Crumpton, H., Weissman, M. y Beers, L. (2017). Behavioral health integration in health care settings: Lessons learned from a pediatric hospital primary care system. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(3-4), 245-258.
- Gómez, M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psicología. Avances de la disciplina*, 1(2), 159-179.
- González, H. (2008). Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: Entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, 19(1), 121-129.

- González-Blanch, C. (2015). La psicología clínica después de la psicología general sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 9-18.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy And Research*, 36(5), 427-440.
- IESM-OMS. (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/informe.pdf>
- Jiménez, J., Rivera, D., Benítez, P., Tarrats, H. y Ramos, A. (2013). Integrating mental health services into general hospital in Puerto Rico. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 294-301.
- Kazdin, A. y Weisz, J. (2010). Introduction: Context, background, and goals. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 3-9). Nueva York: Guilford Press.
- Keefe, F. (2011). Behavioral Medicine: A Voyage to the Future. *Ann. behave. med.*, 41, 141-151. doi 10.1007/s12160-010-9239-8
- Kendall, P., Furr, J. y Podell, J. (2010). Child-Focused Treatment of Anxiety. En: J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.). *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 45-60). New York: The Guilford Press.
- Konter, E. (2010). Nonverbal intelligence of soccer players according to their level of play. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1114-1120.



- Kootker, J., Rasquin, S., Smits, P., Geurts, A., van Heugten, C. & Fasotti, L. (2015). An augmented cognitive behavioral therapy for treating post-stroke depression: description of a treatment protocol. *Clinical Rehabilitation*, 29(9), 833-843.
- Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 45 (2), 115-122.
- Llavona, L. (2001). La entrevista conductual. En F. Justicia, J. Cruzado y M. Muñoz. (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 71-114). Madrid, España: Pirámide.
- López-Rubio, S., Méndoza, E. & Fernández-Parra. (2009). Habilidades lingüísticas y sociales en adolescentes con problemas de conducta. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29(4), 237-248.
- López, R. (2013). Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica: perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 41-58.
- López, R. (2015). Reseña histórica del servicio de psicología clínica. *Revista Cúpula*, 29(2), 46-57.
- Marín, F., Angeli, A., Porto, A. y Livia, J. (2013). Estudio transcultural con la prueba de Bender: Sistema de puntuación gradual. *Liberabit*, 19(2), 173-180.
- Martínez, A. y Gil, B. (2011). Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*, 22, 133-141.
- Mata, M., Sáenz, G. & Ramírez, R. (2007). Infertilidad y control del estrés: Una visión desde la medicina conductual. *Reflexiones*, 86(1).

- Mejía, D. y Albarracín, A. (2013). Estudio preliminar de las propiedades psicométricas del WISC-IV en una muestra de escolares de Bucaramanga. *Informes psicológicos*, 13(2), 13-25.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, R. y Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005
- Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de situación de salud, Costa Rica*. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Mora, E. y Rodríguez, L. (2016). *Efectividad de la terapia cognitivo – conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico común de trastorno mixto ansioso-depresivo*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Mora, M. (2017). *Inserción profesionalizante en la clínica de adolescentes en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Morales, S. (2017). *Abordaje cognitivo conductual a pacientes con dolor crónico maligno en la clínica del dolor del hospital San Juan de Dios*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Moreno, I. y Servera, M. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En: M. Servera Barceló (Coord.). *Intervenciones en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 217-253). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Monson, C., Resick, P. y Rizvi, S. (2014). *Posttraumatic Stress Disorder*. New York, United States: The Guilford Press.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
- Ocampo, E. (2015). *Evaluación psicométrica del Test Conners 3 en la población chilena en edad escolar*. (Tesis de maestría en Educación con mención en evaluación de aprendizajes). Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
- O'Donnell, M., Agathos, J., Metcalf, O., Gibson, K. & Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2537), 1-11. doi:10.3390/ijerph16142537
- Olivares, J., Méndez, F. y Ros, M. (2002). El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud. En: M. Servera Barceló (Coord.). *Intervenciones en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 365-385). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=220499689B1BEB2495BE64311DC37861?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=220499689B1BEB2495BE64311DC37861?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónica no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1)

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.
- Orozco, Á. M. & Castiblanco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217.
- 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). Universidad de Costa Rica, San José, 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). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Pahl, K. y Barrett, P. (2010). Interventions for Anxiety Disorders in Children Using Group Cognitive-Behavioral Therapy with Family Involvement. En: J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.). *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 61-79). New York: The Guilford Press.
- Paniagua, C. (2015). La psicología como ciencia ensayo de reflexión teórica con énfasis en Costa Rica. *Revista Wimb lu*, 10(1), 67-81.
- Picasso, H., Ostrosky, E. & Nicolini, H. (2004). Sensibilidad y especificidad de un instrumento neuropsicológico en la evaluación de subtipos de esquizofrenia: un estudio con población hispanohablante. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(0), 00-00.

- Prado-Abril, J., Sánchez, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y Estrés*, 27, 110-117.
- Pratz, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A. y Fullana, M. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 176-84.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Querejeta, A., Sarquís, Y., Moreno, M., Crostelli, A., Stecco, J., Venier, A., Godoy, J. y Pillatti, A. (2012). Test Neuropsi: Normas según edad y nivel de instrucción para Argentina. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 6(2), 48-58. doi: 10.7714/cnps/ 6.2.204
- Ramírez, R. y Vargas, L. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Rev. Ciencias Sociales*137(3), 53-64.
- Ramírez, R. y Vargas, L. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Rev. Ciencias Sociales*138(4), 101-110.
- Redondo, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Rev. Wimb lu*, 8(1), 61-80.
- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica? *Revista Reflexiones*, 90(1), 87-104.

- Rivera-Flores, G. (2015). Self-instructional cognitive training to reduce impulsive cognitive style in children with Attention Deficit with Hyperactivity Disorder. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 27-46. doi.org/10.14204/ejrep.35.13051
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Soza, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102.
- Rodríguez, A. (2018). *Práctica dirigida en Psicología Clínica dentro de la sección de Psicología Clínica en la Clínica Jorge Volio Jiménez*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Rodríguez, M. (2015). *Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al departamento de psicooncología y hemato-oncología del Hospital México*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Rojas, Z. (1975). El examen psiquiátrico del paciente.
- Rojo, N. (2009). Observación y autoobservación. En F.J. Labrador (Ed.). *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 121-150). Madrid, España. Ediciones Pirámide.
- Rollnick, S. y Miller, W. (1996). ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 6, 3-7.

- Rot, M., Mathew, S. y Charney, D. (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ*, 180(3), 305-313. doi:10.1503/cmaj.080697
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales* (2da. Ed.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Sabogal, L. (2004). Pruebas proyectivas: Acerca de su validez y confiabilidad. *Revista de la Facultad de Ciencias de Salud*, 1(2), 134-138.
- Saénz, M., Acosta, M., Musier, J., Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud en Costa Rica. *Salud Pública México*, 53(2).
- Sánchez, M. y Pirela, L. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 14(2), 210-22.
- Sanz, J., Perdígón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II):2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Salazar, M. (2015). *Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al Departamento de Psicooncología y Hemato-Oncología del Hospital México*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Sanders, M. (2002). Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En: V. Caballo y M. Simón (Dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 387-415). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Sarafino, E. & Smith, T. (2011). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. United States of America: Wiley.

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), 29-37.
- Sánchez-Reales, S., Tornero-Gómez, M., Martín-Oviedo, P., Redondo-Jiménez, M. & Del Arco-Jódar, R. (2015). Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia. *Semenrgen*, 41(5), 254-260. [xx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.001](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.001)
- Scharager, J. y Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 22(3), 149-159.
- Shella, T. (2018). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59-64.
- Smith, T. (2010). Early and Intensive Behavioral Intervention in Autism. En: J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.). *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 312-326). New York: The Guilford Press.
- Soons, P., & Denollet, J. (2009). Medical psychology services in Dutch general hospitals: State of the art developments and recommendations for the future. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(2), 161-168.
- Spink, P., Horta, J., Brigagão, J., Menegon, V. y Spink, M. (2016). Care in movement: Health psychology in the Sofia Fieldman Maternity Hospital in Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 324-335.
- Stark, K., Streusand, W., Krumholz, L. & Patel, P. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. En: J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.). *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 93-109). New York: The Guilford Press.

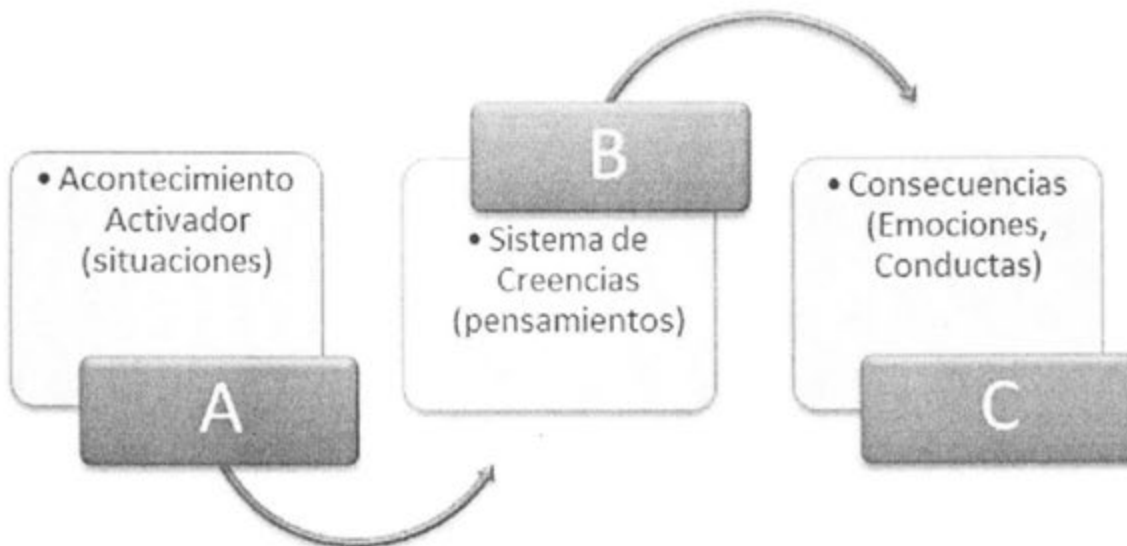


- Van, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy* 47, 9–22.
- Vicente, M. (2017). *Atención psicológica integral a pacientes oncológicos y de cuidados paliativos, familiares y cuidadores que asisten a la fundación pro-clínica para el control del dolor y cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Volpacchio, E. (2018). *Práctica dirigida en Psicología Clínica desde el enfoque cognitivo conductual dentro de la sección de Psicología General del Hospital México*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Wahaas, S. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family and Community Medicine*, 12(2), 63-70.
- Zambrano, S. y Meneses-Baez, A. (2013). Evaluación psicométrica de la lista de comportamiento de Achenbach y Edelbrock en pre-escolares de 4.0 – 5.5 años de nivel socioeconómico bajo. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 5-25.
- Zeledón, D. (2016). *Atención integral primaria a cuidadores de pacientes hemato-oncológico del departamento de hemato-oncología en el área de psicooncología del Hospital México*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Zeledón, M. (1990). La prestación de servicios de psicología en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 10(3), 3-7.

### 13. Anexos.

#### Anexo 1. Materiales para la intervención grupal post cirugía bariátrica.

Hambre Emocional	Hambre real (física)
Llega de repente	Llega gradualmente
Se antojan comidas específicas (comidas grasosas o dulces)	Cualquier comida te puede satisfacer en el momento
Se come de forma automática y sin pensar (comer de la bolsa de patatas sin darte cuenta)	Te das cuenta de las cantidades que comes de forma consciente
No paras de comer al estar lleno	Paras de comer al estar lleno
El antojo es mental, y solo piensas en cierto sabor o textura	Sientes hambre a nivel estomacal, como rugido o vacío
Termina con sentimientos de culpa o vergüenza	Termina sintiéndote con satisfacción y placer



Por Adela Amado & Javier Santana

# DISTORSIONES COGNITIVAS

(Dr. Aaron T. Beck)

CATASTROFISMO

¡Qué desastre!

Imaginar el peor resultado posible



"Estás pensando que ..."

LECTURA DE PENSAMIENTO

Creer saber lo que piensan los demás, y por qué se comportan así



PENSAMIENTO POLARIZADO

Tú o nadie

Interpretar la realidad en términos extremos y opuestos



Nunca aprobaré...

SOBREGENERALIZACIÓN

Creer que si ha ocurrido algo ocurrirá otras muchas veces



"Eso lo dices por mí..."

PERSONALIZACIÓN

Pensar que todo lo que sucede a nuestro alrededor está relacionado con nosotros



"Se debería"

PERFECCIONISMO

Pensamiento inflexible de cómo debería ser...



Por tu culpa...

CULPABILIZAR

Culpar a los demás de todo o a uno mismo (complejo de mártir)



Paso... Me da igual

NEGACIÓN

Tendencia a negar nuestros problemas, debilidades o errores



## EL MODELO A-B-C-D\*

**A = Situación o evento que activa el enojo**

**B – Sistema de creencias**

Lo que nos decimos a nosotros mismos sobre la situación (nuestro lenguaje interno)  
Las creencias y expectativas que tenemos sobre los demás

**C = Consecuencia**

Como nos sentimos en relación al evento, basados en nuestro lenguaje interno

**D = Disputa**

Examen de nuestras creencias y expectativas  
¿Son irracionales o alejadas de la realidad?

---

\* Basado en el trabajo de Albert Ellis, 1979, y Albert Ellis y R.A. Harper, 1975.

### Autorregistro

<b>A= Evento</b>	<b>C= Consecuencias</b>
1) .	1).
2) .	2).
3) .	3).
4) .	4).
5) .	5).
6) .	6).
7) .	7).
8) .	8).
<b>B= Pensamientos / Creencias</b>	<b>D= Disputa (cambio)</b>
1) .	1).
2) .	2).
3) .	3).
4) .	4).
5) .	5).
6) .	6).
7) .	7).
8) .	8).

## LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos.

A continuación se detallan algunas de las más comunes distorsiones, de su conocimiento depende que puedas desarrollar actitudes más racionales y positivas.

Creencia Irracional	Porqué es irracional	Alternativas racionales
<p>Distorsión nº 1:</p> <p><b>Las exigencias y el perfeccionismo</b></p>	<p>Son creencias mantenidas en forma rígida e inflexible acerca de cómo debería ser uno y los demás. Por ejemplo: 'Debo de hacer las cosas perfectas'. "no puedes tener errores"</p> <p>Las exigencias hacia uno mismo se convierten en autocriticas y llevan a la inhibición del comportamiento. Las exigencias hacia los demás favorecen la ira, la rabia y la agresividad.</p> <p>Ejemplo de exigencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No debo cometer errores</li> <li>• Tengo que gustar a todos</li> <li>• Los demás deben actuar como yo</li> <li>• Debería ser el amigo, amante, esposo, profesor, estudiante perfecta...</li> <li>• Debería estar siempre feliz y sereno.</li> <li>• No debería sentir emociones negativas, tales como la ansiedad, la tristeza, la rabia o los celos</li> </ul> <p>La forma en la que se expresan las exigencias y el perfeccionismo suele ser con los "debería", "tendría", "habría que", "es necesario que", "tiene que", "absolutamente", etc.</p>	<p>Si eres exigente con los demás te puedes irritar cuando ves gente que no actúa de acuerdo a tus valores y creencias, tienes que entender que los valores personales son justamente eso, personales (no universales), y por tanto, los que son buenos para ti, es posible que no lo sean para otros.</p> <p>En todo caso, tú no debes imponer tus valores y creencias a los demás, ya que cualquier persona es libre de escoger el camino que desee en su vida.</p> <p>Cuando eres demasiado exigente contigo, el resultado es que te frustras, te deprimes o irritas más contigo si no logras tus metas.</p> <p>Por tanto, para combatir las exigencias o tu perfeccionismo tendrás que ser más flexible y tolerante contigo y con los demás.</p> <p>Las expresiones de 'debería', 'tendría', etc., es adecuado que las cambies por 'preferiría' o 'me gustaría'.</p>

Distorsión nº 2:

**El catastrofismo**

Es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello.

Por ejemplo, un dolor de cabeza significa que tengo un cáncer.

Estas distorsiones son el mejor camino para desarrollar ansiedad, preocupación y el miedo a vivir.

El pensamiento catastrófico suele empezar por "Y si...".

Te debes parar a reflexionar y realizar una evaluación honesta de la situación peligrosa.

Trata de ser totalmente objetivo y analiza la auténtica probabilidad de que ocurra la catástrofe.

Para evaluar el peligro de una situación puedes aplicar un porcentaje. ¿Cuál es el riesgo? ¿Uno entre 100.000 (0.00001%)? ¿Uno entre 1.000.000 (0.000001 %)?

Distorsión nº 3:

**La negación**

Es la tendencia a negar nuestros problemas, debilidades o errores.

Es la actitud opuesta de las exigencias o el catastrofismo.

Se concreta en pensar "no me importa", "me da igual", "no me ocurre nada".

Es oportuno que revises tus sentimientos y que sea la toma de conciencia de ellos, la que te permita saber si de verdad las cosas te importan y afectan.

Cuando descubras este mecanismo puedes compensarlo preguntándote: ¿Cómo me siento? ¿De qué manera esta situación me está afectando?

Para después poder reconocerlo ante ti y los demás, y así que puedas actuar para poder afrontar, aceptar o superar los problemas que antes negabas.

Distorsión nº 4:

**La sobregeneralización**

Es la tendencia a creer que si ha ocurrido algo una vez, ocurrirá otras muchas veces.

Si me he puesto nervioso en una ocasión, pues "siempre me pondré nervioso", si he fallado en un examen pues, "nunca aprobaré un examen", si he tenido un desamor pues "ya nadie me querrá".

Las palabras que suelen acompañar a esta distorsión son: "nadie", "nunca", "siempre", "jamás", "todos" o "ninguno" etc.

Busca pruebas para comprobar las excepciones a las generalizaciones.

En cuántas ocasiones he aprobado y en cuántas no.

Date cuenta de lo irracional que es una sobregeneralización.

¿De verdad crees que si te ocurre una vez te va a ocurrir siempre?

Cambia las expresiones que implican generalizar por otras como 'es posible', 'a veces' o 'a menudo'.

Distorsión nº 5:	Se extrae uno o dos rasgos de la personalidad y se etiqueta a otra persona (o a uno mismo).	Es irracional sacar juicios de una persona, por uno o dos rasgos, y no tener en cuenta el resto.
<b>Las etiquetas globales</b>	Ejemplos de ello son las expresiones: "Es un tacaño", "es una mala persona", "es un aburrido", "es un triunfador", etc.	Debemos aprender a ser específicos en las cualidades nuestras y de otros para no generalizar al conjunto: 'a veces se comporta de manera tacaña', 'a veces es aburrido en el trato', etc.
Distorsión nº 6:	Se agrandan las cosas negativas, y no se perciben o se desvalorizan las positivas, ya sea en uno o en los demás.	Repasa o haz una lista con los aspectos positivos tuyos, de los demás, o de tu vida.
<b>El negativismo</b>	Una forma característica del negativismo es la realización de presagios y predicciones negativas:  "seguro que no lo voy a lograr", "cuando valla al grupo, seguro que caigo mal".	Haz un cálculo de las probabilidades reales tanto de los aspectos, rasgos o hechos negativos como de los positivos.  "Tengo muchas posibilidades de lograrlo" "sere bien aceptado en el grupo"
Distorsión nº 7:	No se ven los términos medios, la realidad se percibe de una manera polarizada y extremista: o es maravilloso, o es horrible, o es fuerte, o es débil.	Debemos ser conscientes de que hacemos juicios polarizados. En realidad las personas no somos totalmente de una manera u otra opuesta, si no que nos movemos a lo largo de un continuo (o escala de grises).
<b>El pensamiento polarizado, blanco o negro</b>	El mundo es en blanco y negro, no hay grises. Dicotomías absolutas.	Se deben tomar en cuenta los diversos rasgos, cualidades o aspectos. Ejemplo "En algunos momentos es divertido y ameno, y en otros se muestra más introvertido".
Distorsión nº 8:	Somos como las cosas o situaciones nos hacen sentir.	Esta distorsión es muy común y deberás estás muy alerta para que tus sentimientos no te engañen.
<b>El razonamiento emocional</b>	Si me siento un perdedor, es que lo soy, si me siento poco atractivo, es que lo soy.	Por tanto, siempre que te sientas mal es una buena oportunidad para reflexionar si estás haciendo un razonamiento emocional de tipo distorsionado.  Emplea la reflexión y el razonamiento objetivo cuando te sientas muy cargado de emociones, ya que estas te pueden estar mintiendo.

<p>Distorsión nº 9:</p> <p><b>El sesgo confirmatorio</b></p>	<p>Se perciben y se recuerdan las cosas sesgadamente para que "encajen" con las ideas preconcebidas.</p> <p>Así si pienso que alguien es torpe tenderé a acordarme de aquellos hechos que me confirman ese juicio.</p>	<p>Debemos buscar pruebas de que los comportamientos o rasgos enjuiciados tienen o no aspectos complementarios que puedan confirmar o no el juicio.</p> <p>Por ejemplo, si piensas que alguien es torpe, busca tanto pruebas de este hecho como del contrario, es decir hechos que demuestren habilidad, inteligencia y aptitud.</p>
<p>Distorsión nº 10:</p> <p><b>La lectura del pensamiento (proyección o interpretación del pensamiento ajeno)</b></p>	<p>Creer saber lo que piensan los demás y porqué se comportan de la forma en que lo hacen: "ella está conmigo por mi dinero", "piensa que soy un inmaduro", "lo que quiere es ponerme nervioso", "lo que quiere es reirse de mí", "piensa que soy un estúpido".</p>	<p>Las opiniones que puedas tener sobre los demás son hipótesis que tendrás que comprobar con evidencias y confirmaciones.</p> <p>Duda de tus opiniones hasta que tengas claras confirmaciones de ellas.</p>
<p>Distorsión nº 11:</p> <p><b>La personalización</b></p>	<p>Pensar que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver de alguna manera, para bien o para mal, con uno.</p> <p>Por ejemplo, si a un amigo lo vemos con mala cara pensamos que estará enfadado conmigo por algún motivo, "algo le habré hecho".</p> <p>Una madre que ve que su hijo no aprueba un examen, piensa que algún error habrá cometido ella en su educación.</p>	<p>Prueba y comprueba que los comportamientos de los demás tienen algo que ver contigo.</p> <p>No se deben sacar conclusiones a no ser que tengamos evidencias claras y pruebas razonables.</p>
<p>Distorsión nº 12:</p> <p><b>El filtraje (o atención selectiva)</b></p>	<p>Se escoge algo negativo de uno, de los demás o de las circunstancias y se excluye el resto.</p> <p>El mundo toma el aspecto de justamente aquello a lo que más tememos:</p> <p>Los depresivos filtran pérdida o abandono.</p> <p>Los ansiosos filtran riesgo o peligro.</p>	<p>Cambia los motivos donde se concentra tu atención.</p> <p>Si son motivos de pérdida o abandono, centra tu atención en todos aquellos que suponen atención, afecto o valoración.</p> <p>Si son de miedo o peligro, céntrate en todo lo que en tu vida supone comodidad, seguridad o despreocupación.</p>



1. Puedes elegir la cantidad de minutos (o incluso horas) en tu lugar seguro. Tú tienes el poder de definir de qué manera y cuánto tiempo quieres pasar en tu lugar seguro, esa es tu elección. Tú decides cómo sentirte a cada momento del día.



2. Estimula tu capacidad creativa y tu imaginación. Puedes hacerlo también para inspirarte a escribir, componer o crear obras de arte.

3. Con este ejercicio desarrollas tu capacidad de elegir. Siempre tienes la opción de concentrarte en la emoción negativa o tratar de distanciarte un poco y enfocarte en las emociones positivas. Así, aprendes que puedes cambiar tu foco de atención para sentirte lo mejor posible.



4. No tienes que enfrentar tus emociones negativas directamente. No tienes que disminuir su intensidad ni cuestionarte a ti mismo por ellas. Tan sólo te estás dando un espacio para sentirte bien, descansar, darte una pausa necesaria y afilar tu mente.



5. Aprendes que tu mente es tan poderosa como lo permitas. Aunque no hagas algo específico por cambiar ciertas emociones, estás dándote la oportunidad de que tu mente te lleve al estado más óptimo posible. De esta manera, evitas responder impulsivamente.



6. Sirve para el autoconocimiento. Con este ejercicio, aprenderás a conocer tu mundo psicológico, descubrirás cuáles son las cosas que más te gustan y por qué, descubrirás en qué momentos del día tienes más necesidad de un descanso mental.



7. El ejercicio te permite ser creativo y variar pequeños aspectos. Por ejemplo, cambiar de lugar seguro dependiendo de la emoción que quieras fomentar; combinar varios tipos de lugares, reales o imaginarios. Puedes también poner música, usar esencias o imágenes.



8. Puedes complementar y combinar este ejercicio con otros que te he proporcionado.

TUCAMBIOESAHORA.BLOGSPOT.COM

*Anexo 2. Material de apoyo para la aplicación de regulación emocional y solución de problemas.*

Regulación emocional:

- Reconocimiento de la presencia de un estado emocional
- Discriminación de dicho estado emocional
- Aceptación de la respuesta emocional
- Acceso a recursos y estrategias que permitan la reducción o modulación de la intensidad emocional en función de las necesidades
- Capacidad para poner en marcha una conducta dirigida a objetivos a pesar de la presencia del estado emocional
- Inhibición de conductas compulsivas

Estrategias de regulación emocional	
Estrategias de aceptación	Estrategias de cambio
Educación emocional	Exposición con prevención de respuesta
Discriminación emocional	Disminución de la vulnerabilidad
Etiquetación emocional adecuada	Estrategias de control estimular
Expresión emocional ajustada	Distracción y desactivación fisiológica
Incremento de la tolerancia a los estados emocionales	Activación conductual
Mindfulness y relajación	Incremento de habilidades sociales
Normalización y validación de la experiencia	Resolución de problemas

### La técnica de solución de problemas:

Busca enseñar a dar múltiples alternativas para resolver problemas o tomar decisiones, planteado mediante la anticipación de consecuencias positivas y negativas de la elección y la evaluación

Consta de cinco fases:

a) Orientación hacia el problema: Se trata de estar motivado para percibir que hay un problema que debe ser solucionado. Esta fase es fundamental pues antes de intentar solucionar un problema es necesario desarrollar una actitud positiva, es decir fomentar las creencias de autoeficacia, habilidades de reconocimiento de los problemas, ver la vida como un proceso de aprendizaje, la optimización de la regulación emocional, y el pensar antes de actuar.

b) Definición y formulación del problema: definir de forma concreta el problema, recopilando información, hechos, sobre este. Se establecen metas realistas, esto supone que el individuo acepte que a veces el problema no tiene solución, otras que es parcial, y otras que lleva tiempo y tolerancia.

c) Generación de alternativas de solución: Generar todas las posibles soluciones que se le puedan ocurrir, tanto en cantidad como en diversidad, por muy disparatadas que sean.

d) Toma de decisiones: Se evalúan las consecuencias de las alternativas de solución y se barajan pros y contras.

e) Puesta en práctica de la solución y verificación: Comprobar si hemos conseguido los resultados esperados.

(Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

## **Economía de fichas**

La Economía de Fichas es un sistema motivacional que se aplica con el fin de modificar conductas específicas en una persona, aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta de baja frecuencia y mejorar la adaptación al medio ambiente.

En este sistema el niño gana fichas o monedas ante cada emisión de la conducta deseable, fichas que serán intercambiadas por reforzadores posteriormente. No debe usarse nunca un solo evento como reforzador sino tener una amplia gama de posibilidades, para evitar que se presente saciedad.

Consta de tres fases: línea base, tratamiento y desvanecimiento. Se inicia determinando y observando las conductas a trabajar así como los reforzadores a utilizar. Seguidamente se establece el valor de intercambio de las fichas que se otorguen y el sistema de precios de los reforzadores disponibles, de modo que el niño siempre tenga fichas y pueda canjearlas por un reforzador, se recomienda que los precios vayan de menor a mayor interés de la persona.



Se debe explicar al niño las conductas deseables por lograr, por las que se otorgarán fichas, y las indeseables a multar, retirándose fichas. Además, se le muestran cada uno de los privilegios a los que podrá acceder al canjear sus fichas.

Las conductas por modificar deben describirse de manera clara y precisa, con lenguaje sencillo, evitando interpretaciones diferentes. Es imprescindible NO dar instrucciones contradictorias.

Es necesario empezar reforzando una respuesta existente relacionada con la conducta objetivo, se recomienda hacer uso del moldeamiento.

La hoja de control y los reforzadores deben permanecer todo el tiempo a la vista del niño.

Se recomienda trabajar entre una y cinco conductas a la vez. El trabajo en escuela y hogar debe ser paralelo.

Toda conducta se espera en un tiempo y lugar determinado, por lo tanto quien entrega los reforzadores debe estar siempre disponible para hacerlo. Se deben otorgar o remover las fichas INMEDIATAMENTE después de ocurridas las conductas.

Se debe controlar el ambiente, de tal forma que no sea posible acceder a los reforzadores de una manera diferente a la permitida por el sistema; por ejemplo, el ver televisión o compartir un cuento, sólo es posible a través de las fichas. Se pueden establecer momentos determinados en el día para realizar el canje.

Siempre que se entregan las fichas, se debe explicar al niño porqué la obtiene y se acompaña de reforzadores verbales.

Cuando las conductas se consoliden, se deben espaciar los intervalos de intercambio para lograr una deshabitación progresiva de las fichas y de los reforzadores que obtiene el niño y reemplazarlos por reforzadores sociales como elogios y reconocimientos.



## BDI II

ID: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Sexo: 1.Masculino 2.Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

**1 TRISTEZA**

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

**2 PESIMISMO**

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

**3 SENTIMIENTOS DE FRACASO**

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasado.

**4 PERDIDA DE PLACER**

- 0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

**5 SENTIMIENTOS DE CULPA**

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

**6 SENTIMIENTOS DE CASTIGO**

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7 INSATISFACCION CON UNO MISMO**

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

**8 AUTO - CRITICAS**

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Me critico por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9 PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO**

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

**10 LLANTO**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Llora más de lo que solía hacerlo.
- 2 Llora por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

- 11 AGITACION**  
 0 No estoy más inquieto o tenso que de costumbre. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.  
 1 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.  
 2 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.  
 3
- 12 PÉRDIDA DE INTERÉS**  
 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.  
 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.  
 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.  
 3 Me resulta difícil interesarme en algo.
- 13 INDECISION**  
 0 Tomo decisiones como siempre.  
 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.  
 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.  
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14 INUTILIDAD**  
 0 No me siento inútil.  
 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.  
 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.  
 3 Me siento completamente inútil.
- 15 PÉRDIDA DE ENERGÍA**  
 0 Tengo tanta energía como siempre.  
 1 Tengo menos energía de la que solía tener.  
 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.  
 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.
- 16 CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO**  
 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.  
 1a Duermo algo más de lo habitual.  
 1b Duermo algo menos de lo habitual.  
 2a Duermo mucho más de lo habitual.  
 2b Duermo mucho menos de lo habitual.  
 3a Duermo la mayor parte del día.  
 3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
- 17 IRRITABILIDAD**  
 0 No estoy más irritable de lo habitual.  
 1 Estoy más irritable de lo habitual.  
 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.  
 3 Estoy irritable continuamente.
- 18 CAMBIOS EN EL APETITO**  
 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.  
 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.  
 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.  
 2a Mi apetito es mucho menor que antes.  
 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.  
 3a He perdido completamente el apetito.  
 3b Tengo ganas de comer continuamente.
- 19 DIFICULTAD DE CONCENTRACION**  
 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.  
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.  
 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.  
 3 No puedo concentrarme en nada.
- 20 CANSANCIO O FATIGA**  
 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.  
 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.  
 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.  
 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
- 21 PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO**  
 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.  
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.  
 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 5. Beck's Anxiety Inventory.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

	En			
	absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En			
	absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En			
	absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**EVALUACION NEUROPSICOLOGICA BREVE EN  
ESPAÑOL  
NEUROPSI**

**DATOS GENERALES**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

**EDAD** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**SEXO** \_\_\_\_\_ **ESCOLARIDAD** \_\_\_\_\_

**LATERALIDAD** \_\_\_\_\_ **OCUPACION** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES MEDICAS Y NEUROLOGICAS**

I. Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

\_\_\_\_\_

II. Medicamentos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. Otros exámenes: EEG, PEATC, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IV. Antecedentes médicos:

( ) H.T.A. ( ) Traumatismos craneoencefálico

( ) Enfermedades pulmonares ( ) Diabetes

( ) Alcoholismo ( ) Tiroidismo

( ) Farmacodependencia ( ) Accidentes cerebrovascular

( ) Disminución de agudeza visual o auditiva. ( ) Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NEUROPSI**



## PROTOCOLO DE APLICACION

### I. ORIENTACION

		Respuesta		Puntaje
A. Tiempo	¿En qué día estamos?	_____	0	1
	¿En qué mes estamos?	_____	0	1
	¿En qué día estamos?	_____	0	1
B. Espacio	¿En qué ciudad estamos?	_____	0	1
	¿En qué lugar estamos?	_____	0	1
C. Persona	¿Cuántos años tiene Ud.?	_____	0	1
<b>TOTAL</b>			_____	(6)

### II. ATENCION Y CONCENTRACION

#### A. DIGITOS EN REGRESION

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero. Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

	Respuesta		Respuesta		Respuesta
4-8	_____ 2	2-8-3	_____ 3	8-6-3-2	_____ 4
9-1	_____ 2	7-1-6	_____ 3	2-6-1-7	_____ 4
	Respuesta		Respuesta		
6-3-5-9-1	_____ 5	5-2-7-9-1-8	_____ 6		
3-8-1-6-2	_____ 5	1-4-9-3-2-7	_____ 6		
<b>TOTAL</b>			_____	(6)	

#### B. DETECCION VISUAL

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una "x" todas las figuras que sean iguales al modelo (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTALDE ACIERTOS \_\_\_\_\_  
TOTALDE ERRORES \_\_\_\_\_

#### B. 20-3

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones,

17-14-11-8-5      Respuesta \_\_\_\_\_      TOTAL \_\_\_\_\_ (5)

### III. CODIFICACION

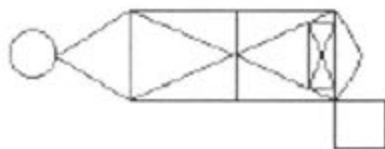
#### A. MEMORIA VERBAL ESPONTANEA

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que Ud. termine. Proporcione los 3 ensayos.

	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		
gato	_____	mano	_____	codo	_____	INTRUSIONES	_____
pera	_____	vaca	_____	fresa	_____	PERSEVERACIONES	_____
mano	_____	fresa	_____	pera	_____	PRIMACIA	_____
fresa	_____	gato	_____	vaca	_____	RESENCIA	_____
vaca	_____	codo	_____	gato	_____		
codo	_____	pera	_____	mano	_____		
TOTAL	_____	TOTAL	_____	TOTAL	_____	TOTAL PROMEDIO	_____ (6)
	1er ensayo		2do ensayo		3er ensayo		

#### B. PROCESO VISUOESPACIAL (COPIA DE FIGURA COMPLEJA)

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

### IV. LENGUAJE

#### A. DENOMINACION

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Respuesta	Puntaje		Respuesta	Puntaje
CHIVO	_____	0 1	LLAVE	_____	0 1
GUITARRA	_____	0 1	SERPIENTE	_____	0 1
TROMPETA	_____	0 1	RELOJ	_____	0 1
DEDO	_____	0 1	BICICLETA	_____	0 1

TOTAL \_\_\_\_\_ (8)

NOTA: SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR, EN SU LUGAR, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUIENTES ESTÍMULOS PREGUNTÁNDOLE "¿QUÉ ES ESTO?"

LAPIZ    RELOJ    BOTON    TECHO    CODO    TOBILLO    ZAPATO    LLAVE  
 1        2        3        4        5        6        7        8

TOTAL \_\_\_\_\_ (8)

**B. REPETICION**

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Respuesta	Puntaje
Sol	_____	0    1
Ventana	_____	0    1
El niño llora	_____	0    1
El hombre camina lentamente por la calle	_____	0    1

TOTAL \_\_\_\_\_ (4)

**C. COMPRENSION**

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como "bolita" y "cuadro".

	Puntaje
Señale el cuadrado pequeño	0    1
Señale un círculo y un cuadrado	0    1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande	0    1
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande	0    1
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño	0    1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño	0    1

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

**C. FLUIDEZ VERBAL**

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que comiencen con la letra "F" sin que sean nombres propios o palabras derivadas. (ej; familia, familiar).

**Nombres de animales**

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. _____  | 2. _____  | 3. _____  | 4. _____  |
| 5. _____  | 6. _____  | 7. _____  | 8. _____  |
| 9. _____  | 10. _____ | 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ | 15. _____ | 16. _____ |
| 17. _____ | 18. _____ | 19. _____ | 20. _____ |
| 21. _____ | 22. _____ | 23. _____ | 24. _____ |

**Palabras que comienzan con "F"**

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. _____  | 2. _____  | 3. _____  | 4. _____  |
| 5. _____  | 6. _____  | 7. _____  | 8. _____  |
| 9. _____  | 10. _____ | 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ | 15. _____ | 16. _____ |
| 17. _____ | 18. _____ | 19. _____ | 20. _____ |
| 21. _____ | 22. _____ | 23. _____ | 24. _____ |

<b>TOTAL SEMÁNTICO</b>	_____	<b>TOTAL FONOLÓGICO</b>	_____
INTRUSIONES	_____	INTRUSIONES	_____
PERSEVERACIONES	_____	PERSEVERACIONES	_____

**V. LECTURA**

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Respuesta	Puntaje
¿Por qué se ahogó el gusano?	_____	0 1
	_____	
¿Qué pasó con el otro gusano	_____	0 1
	_____	
¿Cómo se salvó el gusano?	_____	0 1
	_____	

**TOTAL\_\_\_\_\_ (3)**

**VI. ESCRITURA**

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS

	Puntaje
DICTAR: El perro camina por la calle	0 1
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles	0 1
Presentar lámina 12	

**TOTAL\_\_\_\_\_ (2)**

## VII. FUNCIONES EJECUTIVAS

### A. CONCEPTUAL

#### 1. SEMEJANZAS

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporciones ej. "silla-mesa.... son muebles".

	Respuesta	Puntaje
naranja-pera	_____	0 1
perro-caballo	_____	0 1
ojo-nariz	_____	0 1
		TOTAL_____ (2)

#### 2. CALCULO

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro de ese tiempo.

	Respuesta
¿Cuánto es $13 + 15$ ? (28)	_____
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuánto le quedó (7)	_____
¿Cuántas naranjas hay en una docena y media (30)	_____

TOTAL\_\_\_\_\_ (3)

#### 3. SECUENCIACION

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe con la secuencia.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS

### B. FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual.)

#### 1. CAMBIO DE POSICION DE LA MANO

0= No lo hizo

1= Lo hizo entre el segundo y tercer ensayo

2= Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	Derecha	0	1	2
	Izquierda	0	1	2

TOTAL\_\_\_\_\_ (4)

2. MOVIMIENTOS ALTERNOS DE LAS DOS MANOS

- 0= No lo hizo
- 1= Lo hizo desautomatizado
- 2= Lo hizo correctamente al primer ensayo

TOTAL \_\_\_\_\_

3. REACCIONES OPUESTAS

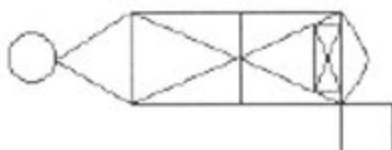
- 0= No lo hizo
- 1= Lo hizo con errores
- 2= Lo hizo correctamente

TOTAL \_\_\_\_\_

VIII. FUNCIONES DE EVOCACION

A. MEMORIA VISOESPACIAL

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

B. MEMORIA VERBAL

1. MEMORIA VERBAL ESPONTANEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato	_____	pera	_____	INTRUSIONES	_____
mano	_____	vaca	_____	PERSEVERACIONES	_____
codo	_____	fresa	_____	PRIMACIA	_____

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

## 2. POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

partes del cuerpo	_____	INTRUSIONES	_____
frutas	_____	PERSEVERACIONES	_____
animales	_____		

TOTAL\_\_\_\_\_ (6)

## 3. RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

boca	_____	árbol	_____	fresa*	_____	INTRUSIONES	_____
gato*	_____	gallo	_____	ceja	_____		
cama	_____	lápiz	_____	vaca*	_____		
pera*	_____	zorro	_____	flor	_____		
oodo*	_____	mano*	_____				

TOTAL\_\_\_\_\_ (6)

*Anexo 7. Informe psicodiagnóstico.*



**Caja Costarricense de Seguro Social**

**Hospital México**

**Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental**

**Informe psicodiagnóstico**

1. Ficha de identificación.
  - a. Nombre: XXXXX
  - b. Edad: 7 años
  - c. Expediente: XXXXX
  - d. Fecha de nacimiento: 3/9/2011
  - e. Domicilio: XXXXX
  - f. Ocupación: Estudiante de segundo grado
  - g. Fecha de valoración: segundo trimestre de 2019

2. Motivo de valoración.

Despejar sospecha de Trastorno por Déficit de Atención y otras alteraciones psicoeducativas.

3. Historia de vida.

Como anotada en el expediente.

4. Actitud ante la valoración

Paciente acompañada por su madre, se presenta consciente, alerta y orientada en tiempo, espacio y persona, adecuado autocuidado e higiene personal, tez morena y contextura promedio. Entabla contacto visual, responde a su nombre y muestra adecuado interés comunicacional. Su vocabulario es correcto sin ser excesivamente elaborado, tiende a dar respuestas concretas y cortas. Presenta lenguaje fluido con entonación adecuada. No presenta movimientos repetitivos, tremor ni aleteos.





Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

En la ejecución de las pruebas se mostró cooperadora, a pesar de manifestar fatiga y desconcentrarse con los juguetes de la sala en varias ocasiones durante cada sesión. No se detectan conductas de riesgo, niega ideas de auto daño o hacia terceros. Su afecto es eutímico, sin alteración en sensopercepción.

5. Pruebas aplicadas.

- a. Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV)
- b. Test de Inteligencia no Verbal (TONI 2)
- c. Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT)
- d. Test de Atención d2
- e. Test Gestáltico Visomotor Bender
- f. Entrevista clínica
- g. Escala de Conners para padres y profesores
- h. Perfil de conducta de niños(as) y jóvenes de 4 – 18 años T.M. Achenbach
- i. Figura humana
- j. Dibujo kinético de familia
- k. Test de Oraciones Incompletas para Niños (TOI)

6. Resultados.

En cuanto a la valoración cognitiva, el rendimiento, el uso de recursos intelectuales y la participación de las diversas funciones cognoscitivas de XXXXX se logran identificar, a partir de las pruebas realizadas, fortalezas y debilidades generales.



Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

La escala WISC-IV provee resultados en cuatro áreas, el índice de comprensión verbal (ICV) tiene una puntuación de 79, con un intervalo de confianza de 90% de 75-86, cayendo en percentil 8, lo cual se puede interpretar como si en una fila de 100 personas se encontraran 92 personas antes de XXXXX, encontrándose por debajo de la media de 50. Este índice comprende las subpruebas de: semejanzas con una puntuación escalar de 7, vocabulario con una puntuación de 5 y comprensión con 7. Este índice se presenta como unitario e interpretable, siendo un punto débil normativo en XXXXX, así como un punto débil personal, considerándose de interés prioritario en la evaluación.

El índice de razonamiento perceptual (IRP), por su parte, tiene un resultado de 98, con un intervalo de confianza de 90% de 92-105, encontrándose en el percentil 45, utilizando la metáfora anterior se entendería que habría 55 personas antes de XXXXX, encontrándose en la media poblacional. Las subpruebas incluidas en este índice son: diseño con cubos con una puntuación escalar con 8, concepto con dibujos con 9 y matrices con 12 puntos. Este índice se presenta como unitario e interpretable, encontrándose dentro de los límites normativos y personales en XXXXX, situándose en la media comparada con otros chicos de su edad y con sí misma.

El índice de memoria de trabajo (IMT) es de 80 puntos, en un intervalo de confianza de 90% de 75-88, situándose en un percentil de 9. Incluyendo las subpruebas de: retención de dígitos con 7 puntos y sucesión de números y letras con 6 puntos. Este índice se presenta como unitario e interpretable, siendo un punto débil normativo en XXXXX, así como un punto débil personal, considerándose de interés prioritario en la evaluación.

El índice de velocidad de procesamiento (IVP) tiene una puntuación de 97, en un intervalo de confianza de 90% de 90-105, situándose en un percentil de 42. Comprendiendo las subpruebas de: claves con una puntuación escalar de 13 y búsqueda de símbolos con 6. El IVP no es interpretable por la diferencia entre los valores de las subpruebas respectivas a este.



Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

El coeficiente intelectual total (CIT) de XXXXX tiene una puntuación de 85, en un intervalo de confianza de 90% de 81-90, situándose en un percentil de 16. Este CIT se presenta como interpretable con una estimación fiable y válida de la capacidad intelectual global de XXXXX. La puntuación de 85 se presenta como un promedio bajo en contraste con los niños y niñas de su edad.

Respecto a las subpruebas realizadas podemos observar, además, que las subpruebas de matrices y claves se presentan como fortalezas en el funcionamiento de XXXXX, mientras que la subprueba de vocabulario se presenta como una debilidad. Esto nos permite inferir que la inteligencia no verbal predomina en el funcionamiento de XXXXX, lo cual será ampliado a continuación.

En resumen, la escala WISC-IV muestra los siguientes resultados:

Índice	Puntuación	Intervalo	Percentil	Categoría descriptiva
Comprensión verbal	79	75 - 86	8	Límite
Semejanzas	7			
Vocabulario	5			
Comprensión	7			
Razonamiento perceptual	98	92 - 105	45	Promedio
Diseño con cubos	8			
Conceptos con dibujos	9			
Matrices	12			
Memoria de trabajo	80	75 - 88	9	Promedio bajo
Retención de dígitos	7			
Sucesión de números y letras	6			
Velocidad de procesamiento	97	90 - 105	42	Promedio
Claves	13			
Búsqueda de símbolos	6			
CIT	85	81 - 90	16	Promedio bajo

Tabla 1. Resumen de los resultados de la escala WISC- IV



Índice interpretable	CI	Interpretable	PFN – PDN	PFP - PDP	Hito destacable – Interés prioritario
ICV	79	Sí	Punto débil normativo	Punto débil personal	Interés prioritario
IRP	98	Sí	Dentro de los límites	Punto fuerte personal	
IMT	80	Sí	Punto débil normativo	Punto débil personal	Interés prioritario
IVP	97	No			

Tabla 2. Resumen de análisis de los índices de la escala WISC- IV

En el Test de Inteligencia no Verbal, TONI 2, que profundiza en la apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje. XXXXX obtiene una puntuación natural de 16, un CI de 108 que se sitúa en un nivel medio. Posicionándose en el percentil 67, levemente por encima de la media. Esto evidencia que al eliminar el factor de comprensión verbal y vocabulario el funcionamiento de XXXXX, específicamente su CI aumenta 23 puntos.

Por su parte, el Test Breve de Inteligencia de Kaufman, K-BIT, nos muestra por separado las subpruebas de vocabulario y matrices. La subprueba de vocabulario expresivo presenta una puntuación directa de 26 y una puntuación típica de 87, en un intervalo de confianza de 90% de 75-99, encontrándose en un centil de 19, lo cual se ubica en una categoría descriptiva de medio bajo.

La subprueba de matrices presenta una puntuación directa de 24 y una puntuación típica de 104, en un intervalo de confianza de 90% de 92-116, encontrándose en un centil de 61, lo cual se ubica en una categoría descriptiva de nivel medio.

XXXXX presenta un CI compuesto de 92 en un intervalo de confianza de 90% de 82-102, encontrándose en un centil de 27, lo cual se ubica en una categoría descriptiva de nivel medio. La



Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

diferencia entre las puntuaciones típicas de las subpruebas es de 17, con una puntuación menor en vocabulario. Los resultados en las tres pruebas descritas nos permiten describir el desarrollo en vocabulario y comprensión del lenguaje como una debilidad en el funcionamiento de XXXXX, seguida por su capacidad en memoria de trabajo.

Ahora bien, en cuanto a la velocidad de procesamiento no se obtuvieron resultados interpretables, por lo tanto, se aplicó el Test de Atención D2, que nos permite valorar la concentración y atención selectiva en XXXXX. Cabe resaltar que esta prueba está diseñada para personas mayores de 8 años, y fue aplicada a XXXXX a sus 7 años y 9 meses, habiéndose garantizado el dominio de las letras d y p.

El total de respuestas emitido por XXXXX es de 216 elementos procesados durante todo el test, ubicándose en un percentil de 35 respecto a su edad. El total de respuestas ofrece una medida de velocidad de procesamiento y cantidad de trabajo realizado, el cual, en el caso de XXXXX se encuentra levemente debajo del promedio, sin llegar a ser de atención prioritaria. El total de aciertos, que permite valorar la precisión de procesamiento, obtenidos por XXXXX fue de 86, ubicándose en un percentil de 35.

Las respuestas omitidas fueron 7, encontrándose en un percentil de 25, lo cual nos permite entender que es probable que XXXXX omita los estímulos que se le presentan o se encuentren a su alrededor en diversas ocasiones. Por su parte, las comisiones nos permiten valorar la precisión del procesamiento y el control inhibitorio, XXXXX tuvo 4 comisiones en total, lo cual la ubica en un percentil de 30.

La efectividad total en la prueba (TOT) nos habla del total de respuestas omitidos menos las comisiones y omisiones, y nos permite valorar el control atencional e inhibitorio, así como la relación entre la velocidad y la precisión de XXXXX. El TOT obtenido fue de 205, ubicándose en el percentil 35. Por lo tanto, XXXXX tiene una velocidad y precisión de procesamiento dentro de los límites, con tendencia al inferior, del promedio de la población cercana a su edad.



Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

Índice de concentración se refiere al total de aciertos menos las comisiones realizadas, refiriéndose al equilibrio entre la velocidad y la precisión. El índice de concentración de XXXXX es de 82, situándose en un percentil de 35, dentro de los límites, con tendencia al inferior, del promedio de la población cercana a su edad.

El índice de variación o diferencia de la atención en la ejecución de la prueba es de 8, encontrándose en un percentil de 10. Esta puntuación no se distribuye normalmente, lo cual quiere decir que el funcionamiento de XXXXX fue consistente durante la prueba, es decir, no presentó variabilidad o diferencia en su funcionamiento.

Considerando la edad de XXXXX al momento de realizar la prueba, se puede concluir que la amplitud atencional y la concentración se encuentran dentro del funcionamiento promedio respecto a otros niños y niñas de edad cercana. No se encuentran elementos significativos en dificultades en control inhibitorio, velocidad, precisión, calidad de trabajo y concentración. Sin embargo, se percibe una tendencia a encontrarse en los percentiles 25 a 35, siendo este el extremo inferior del promedio en el que se ubica XXXXX, lo cual indica que el funcionamiento general de XXXXX se vería beneficiado por la estimulación en atención selectiva y concentración.

Para la valoración del área visomotora se aplicó el Test Gestáltico Visomotor Bender, en el cual XXXXX obtuvo 7 puntos. Los indicadores en los que tiende a puntuar son de distorsión de la forma e integración en las figuras. La media para la edad de XXXXX en niñas es de 4.4 puntos, alejándose por 2.6 puntos. Su resultado de 7 puntos se encuentra en una edad de 6.5 años, lo cual coloca a XXXXX en un desarrollo visomotriz por debajo de su edad, reflejando una madurez en lo que refiere a la coordinación ojo mano correspondiente a una niña de seis años y medio.

Por otro lado, según la información recolectada en el Achembach, la madre ubica en el perfil de su hija una tendencia a la internalización de sus problemas (T 71) específicamente en el área de problemas de atención, seguidos por componentes ansioso-depresivos y retraimiento. La madre identifica en XXXXX predominio a ser una niña desconcentrada, nerviosa y reservada. Además, refiere que XXXXX prefiere estar sola, es tímida, parece estar ida o confundida, tiende al llanto,



## Caja Costarricense de Seguro Social

### Hospital México

#### Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

a la perfección y a tener miedo, su comportamiento es dependiente, hiperactivo y suspicaz. Esto le ha generado a XXXXX dolores de cabeza y un bajo rendimiento en la escuela, según reporta la madre.

En cuanto a la externalización de los problemas, la madre posiciona a XXXXX en una baja puntuación (T 52), reportando una leve tendencia a ser desobediente en casa y en la escuela, ser temperamental, ponerse celosa, gritar, demandar atención y mentir o engañar.

En la escala de Conners la madre reporta una puntuación de 24, en la que destaca que XXXXX es una niña tímida, que se hiera emocionalmente con facilidad y se frustra rápidamente, además de ser distraída y con dificultades en la atención. Así mismo, la madre identifica que XXXXX es un poco impulsiva, inquieta, desobediente, le cuesta aprender y terminar sus deberes, llora con facilidad, es temerosa, dice mentiras, niega sus errores, hace pucheros y está malhumorada, es infantil e inmadura, no le gusta seguir las reglas, cambia de estado de ánimo de manera rápida, se siente traicionada por el círculo familiar, deja que otros la dominen, se escarba y come las uñas, tiene problemas con la comida, para dormir y de estreñimiento.

Mientras tanto la docente de XXXXX refiere únicamente que es un poco temerosa, sensible y que se distrae con facilidad. Se puede así observar cómo ambas partes coinciden en que XXXXX es una niña temerosa, nerviosa, sensible y distraída.

A nivel afectivo, el test de figura humana muestra un nivel de madurez socio emocional menor, con un estilo infantilizado y dependiente. XXXXX se muestra con desconfianza, una actitud a la defensiva y sentimientos de impotencia; además de introvertida, con tendencia a retraerse, a la timidez y a refugiarse en su mundo interno, lo cual muestra una dificultad para autorregular y expresar sus emociones y pensamientos.

Se identifican baja tolerancia a la frustración, dificultades en la adaptación social, autoestima disminuida, presencia de nerviosismo y ansiedad, así como presencia de regresión en su comportamiento y falta de afectividad.



XXXXX se muestra en un contexto familiar amplio, compuesto por su madre, su abuela y su mascota, así como elementos placenteros relativos a viajes realizados en familia. Identifica a su mascota como el miembro preferido, más bueno y más feliz de su familia, mientras que su madre y abuela son las menos buenas y menos felices respectivamente, pues ambas son bravas y se enojan. En el ambiente familiar resalta la presencia intermitente de su padre en diferentes épocas de su vida, su madre refiere que su relación actual es escasa. En el Test de oraciones incompletas para niños XXXXX describe a su papá como enojado y le gustaría que en cambio fuese más feliz. En la dinámica familiar también resalta que cuando ve a su madre y padre juntos se siente enojada, además de que su familia es enojada, principalmente su madre por la separación. En otras secciones del test resalta que se preocupa por su madre y que se siente triste y enojada cuando la dejan sola, siendo el que no se le acerquen lo peor que le podría pasar. Sin embargo, concluye que su familia la trata bien, que su mamá es buena y feliz, y que ella y su madre son felices.

No resaltan temores ni dificultades con pares, a nivel académico únicamente resalta que su maestra va muy rápido y se enoja cuando los alumnos desobedecen, además de que no disfruta estudiar. Su visión a futuro se centra en el juego y el trabajo. XXXXX disfruta de las actividades al aire libre y los paseos en familia. Sus principales capacidades son ser feliz y sus habilidades de juego. Sus deseos se dirigen a que su familia sea feliz y no se enojen, así como salir de paseo con su madre.

#### 7. Impresión diagnóstica.

XXXXX, de 7 años y 9 meses de edad, presenta un CI de 85, ubicándose en un promedio bajo, mostrándose como puntos débiles normativos y personales el índice de comprensión verbal en primer lugar, seguido por el índice de memoria de trabajo. Además, en la valoración de inteligencia no verbal en CI aumenta a 108, ubicándose en el promedio. Diferencia que es confirmada por la tercera prueba que ubica el vocabulario en un promedio bajo, mientras que la valoración no verbal como promedio. Por tanto, aparece de interés prioritario la estimulación verbal y del lenguaje en XXXXX, de la mano con estimulación a su memoria de trabajo. XXXXX no se presenta portadora de TDA según los resultados de la valoración realizada, mas sí se muestra dentro del límite promedio inferior, lo cual la ubica con tendencia a omitir estímulos en el ambiente y dificultad al concentrarse.





Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

A nivel emocional resalta la inestabilidad de la figura paterna y los efectos que esto ha conllevado en la dinámica familiar, generando retraimiento al mundo interno, baja tolerancia a la frustración, ansiedad, inmadurez socioemocional y perceptomotriz, dificultad en regulación y expresión emocional.

8. Evaluación multiaxial.

Eje 1. Z03.2 No se presenta ningún trastorno clínico.

Eje 2. Z03.2 No se presenta ningún trastorno de personalidad.

Eje 3. K59.0 Constipación.

Eje 4. Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.

Z63.2 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado.

Z63.3 Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia.

Eje 5. EEAG = 90 (actual)

9. Recomendaciones.

- Estimular la comprensión y producción verbal de XXXXX, además de fortalecer en el área de vocabulario.
- Realizar ejercicios de estimulación de memoria de trabajo, atención y concentración, mediante juegos y actividades dinámicas en conjunto.
- Reforzar verbalmente los esfuerzos y trabajos realizados por XXXXX.
- Establecer rutinas de trabajo con metas a corto plazo.
- Generar contratos conductuales donde ambas partes establecen sus compromisos de trabajo.



Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital México

Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental

- Presentar la información por los tres canales, auditivo, visual y kinestésico.
- Pedirle que repita las instrucciones, para verificar que escucho y comprendió lo que debe hacer.
- Alertarlo hacia los puntos más importantes de la materia, subrayándola, o resaltándola o colocándola en otro color, explicándole previamente porque se hace.
- Utilizar su cercanía física con respecto a XXXXX, como medio para mantenerla atenta a la explicación o al trabajo individual que hace. A su vez utilizar señales privadas de comunicación (previamente establecidas), para advertirle que está distraída.
- Hágale saber que se interesa por ella y que desea ayudarle, atenuando su sensación de inseguridad y preocupación ante las reacciones de los superiores.
- Generar un acuerdo entre las personas encargadas y docentes sobre los límites y reglas sobre las que se trabajan.
- Controlar la ingesta de alimentos ricos en azúcares, colorantes y preservantes, ya que estos ocasionan dispersión y aumentan la inquietud.
- Procurar el integrarla a las actividades de clase y evitar al máximo que se sienta excluida.
- Usar material concreto que manipule y el aprendizaje sea significativo, vivencial e interesante. Permitirle que haga uso del material, para formar palabras, oraciones o para comprender operaciones lógico-matemáticas.
- Brindarle el tiempo que necesite para elaborar el examen o las prácticas.
- Insistir en que revise el examen o trabajo antes de entregarlos, para que se asegure de haberlo contestado.
- Explicarle con palabras simples cuando no comprenda la indicación.

*Anexo 8. Esquema de evaluación de resultados utilizado.*

1. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la terapia?
2. ¿Cómo describiría el desempeño de la terapeuta?
3. ¿Cómo considera su desempeño durante el proceso terapéutico?
4. ¿Cuáles objetivos considera cumplidos a través de este proceso y cuáles considera pendientes por trabajar?
5. Percepción de padres, encargados o terceros.
6. Comentarios adicionales.