

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**EL CAMINO PARA SER PSICÓLOGO CLÍNICO:  
MI EXPERIENCIA PRE PROFESIONAL EN UNA MUNICIPALIDAD DE LIMA  
METROPOLITANA**

Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de Licenciado en  
Psicología que presenta:

**Fernando Cuba Villanueva**

Asesora:  
**Andrea Ugarte Villalobos**

Lima, 2022

## Resumen

A lo largo de mis prácticas pre-profesionales en una Municipalidad de Lima Metropolitana, tuve la oportunidad de realizar diversas evaluaciones y acompañamientos psicológicos, adaptados según las necesidades de los consultantes, lo cual permitió fortalecer las competencias diagnóstica e interviene. En primer lugar, durante las entrevistas iniciales se exploraba el motivo de consulta, los detalles de las problemáticas centrales (historia del síntoma) y se sugería una presunción diagnóstica. En segundo lugar, se diseñaba un proceso de evaluación con objetivos que buscaban precisar el diagnóstico. Para lograrlo, se profundizaba en determinadas áreas de la historia clínica y se tomaban pruebas psicométricas y/o proyectivas. Finalmente, los resultados se integraban en un informe descriptivo y se realizaba una devolución oral con el evaluado, señalando factores de protección, principales áreas de conflicto y una serie de recomendaciones. Referente al eje interviene, el acompañamiento se ofrecía a aquellos usuarios cuyos casos el/la supervisor/a considerara podrían ser manejados por el practicante. Con ello, se aclaraba la naturaleza de la intervención, así como los alcances y limitaciones de la misma. En esta fase, se trazaban nuevos objetivos y se diseñaba un proceso apoyado en un modelo teórico-técnico pertinente. Referente a la competencia evalúa, se han rescatado los elementos centrales del taller efectuado en el curso Psicología y Violencia, dirigido hacia alumnos del 5to grado de primaria. Este tuvo por finalidad reducir los fenómenos de violencia en el aula a partir de fomentar la autorregulación emocional. El impacto fue estimado con los indicadores de logro y se realizó un contraste con la bibliografía.

Palabras clave: *evaluación psicológica, acompañamiento psicológico, intervención psicológica.*

### **Abstract**

Throughout my pre-professional practices in one Municipality of Metropolitan Lima I had the opportunity to carry out various evaluations and psychological accompaniments, adapted according to the needs of the consultants, which allowed me to strengthen my diagnostic and intervening skills. In the first place, during the initial interviews, the reason for consultation and the details of the central problems (history of the symptom) were explored, and a diagnostic presumption was suggested. Second, an evaluation process was designed with objectives that sought to specify the diagnosis. To achieve this, certain areas of the medical history were studied in depth and psychometric and / or projective tests were taken. Finally, the results were integrated into a descriptive report and an oral feedback was made with the evaluated person, pointing out protective factors, main areas of conflict and a series of recommendations. For its part, support was offered to those users whose cases the supervisor considered could be handled by the practitioner. With this, the nature of the intervention was clarified, as well as its scope and limitations. In this phase, new objectives were outlined and a process was designed based on a pertinent theoretical-technical model. Regarding the competence evaluation, the central elements of the intervention carried out in the Psychology and Violence course, aimed at students of the 5th grade of primary school, have been rescued. The purpose of this was to reduce the phenomena of violence in the classroom by promoting emotional self-regulation. The impact was estimated with the achievement indicators and a contrast was made with the bibliography.

Keywords: psychological evaluation, psychological accompaniment, psychological intervention.

## Tabla de Contenidos

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso	4
Competencia Diagnostica	4
Caso Clara	5
Situación a mejorar	5
Reseña teórica sobre cuadros depresivos	7
Solución Planteada	8
Caso Sergio	12
Situación a mejorar	12
Reseña teórica sobre sintomatología ansiosa	14
Solución planteada	15
Principales resultados de aprendizaje	20
Competencia Interviene	22
Caso Clara	23
Situación a mejorar	23
Reseña teórica sobre el enfoque terapéutico contextual	25
Solución Planteada	26
Caso Danitza	28
Situación a mejorar	28
Reseña teórica sobre la Terapia Dinámica Interpersonal	30
Solución Planteada	31
Principales resultados de aprendizaje	32
Competencia Evalúa	34
Situación a mejorar	37
Reseña teórica sobre autorregulación emocional en el contexto escolar	40
Solución Planteada	42
Principales resultados de aprendizaje	44
Conclusiones	46
Referencias	50
Apéndices	55

## **Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso**

### **Competencia Diagnostica**

El servicio de psicología de la municipalidad ofrecía a los usuarios, y a las personas referidas de la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente [DEMUNA], entre cinco a seis sesiones de evaluación psicológica. En estas sesiones, el objetivo principal consistía en explorar el motivo de consulta y las diferentes áreas que guardasen relación con la problemática central, además de la aplicación de pruebas psicométricas y/o proyectivas de considerarse oportuno según el caso, para evaluar dichas áreas. Todo ello concluía en la elaboración de un informe diagnóstico descriptivo (con un formato específico dependiendo de la procedencia del caso y de la sugerencia del supervisor), el cual exponía los principales resultados descritos por áreas, así como conclusiones y recomendaciones para los consultantes. Este documento era revisado por el/la supervisor/a del centro de prácticas previamente a la devolución oral y/o escrita.

De manera general, el proceso de evaluación estaba conformado por tres etapas: la entrevista inicial, el recojo de información y la devolución de resultados. Es necesario aclarar dos de estas etapas, ya que poseían características particulares necesarias a precisar antes de exponer los casos propiamente. La primera de ellas se caracterizaba por explorar el motivo de consulta, indagar en los detalles del problema actual y esbozar una presunción diagnóstica. Si bien este tipo de abordaje comparte ciertos elementos propios de modelos psiquiátricos, y que se comparten con la psicología clínica, en la institución no respondían a un enfoque o corriente psicológica en particular. Con mayor precisión, el primer acercamiento al malestar de los consultantes corresponde al modelo de atención primaria en salud que la Municipalidad sugería manejar (Ministerio de Salud, 2009).

En este marco, el diseño de las sesiones de evaluación apuntaba a describir y comprender los fenómenos, dando lugar a la implementación de múltiples instrumentos, siempre guardando coherencia con los objetivos. De esta manera, durante la segunda etapa se hizo uso de diversos recursos, como pruebas gráficas (figura humana, persona bajo la lluvia, etc.), inventarios de depresión y ansiedad, pruebas psicométricas de inteligencia como el Raven, y de personalidad como el Millon, etc. No obstante, dos constantes fueron el uso de la entrevista semiestructurada o, a profundidad, y la observación semiestructurada. Con respecto

El camino para ser psicólogo clínico

a esta última, se consideró la progresión afectiva y comportamental de los consultantes a través de las sesiones; es decir, los cambios en el estado de ánimo, la expresividad emocional (tono de voz, conexión con la narrativa, gestos, etc.), aspectos vinculados al cuidado personal, y la actitud ante las preguntas y las pruebas (cooperación, frustración, etc.).

A continuación, se presentan dos casos que reflejan el proceso diagnóstico, correspondientes a las competencias específicas de diseño (DA5-DA12, DA15), recojo de información (DA1-DA4) e integración de información (DA13-DA14). Cada caso presentó características particulares según el diagnóstico, lo cual ayudó a fortalecer el uso de las diferentes herramientas descritas anteriormente y evaluar una variedad de problemáticas. A continuación, se presentará el “Caso Clara”, relacionado a un cuadro depresivo, y el “Caso Sergio”, relacionado a la ansiedad.

## I. Caso Clara

### 1. *Situación a mejorar*

El primer caso es el de “Clara”, una mujer de 46 años que residía en un distrito de Lima Metropolitana junto a su hija “Dalia” de 11 años. En ese momento, ejercía como profesora de química en una universidad privada de Lima. Acudió a la oficina de psicología de improviso, llorando y con dificultad para poder encontrar la cala y articular un discurso continuo. Al cabo de unos minutos comenta que “se siente con muchas cosas encima y ya no puede más”.

En detalle, la consultante mencionó que una serie de “eventos estresantes” se acumularon y le estaban generando dolor, agregando que “necesita un espacio para poder descargar todo eso, pues no puede hablarlo con nadie”. Entre dichos desencadenantes se encuentran un juicio legal hacia ella por la tenencia de su hija, la solicitud del divorcio por parte de la familia de su esposo, la ausencia de un trabajo estable, las dificultades económicas, entre otros; todo ello bajo la condición de salud mental que se le había diagnosticado previamente (F31: Trastorno bipolar).

A profundidad, se pudo identificar tres motivos centrales para acudir a consulta. En primer lugar, Clara estaba en búsqueda de volver a sentir la felicidad y tranquilidad con la que contó en algún momento de su vida. En segundo lugar, se encontraba el deseo por sentir nuevamente un sentido de agencia que le permitiera sostenerse económica y emocionalmente.

## El camino para ser psicólogo clínico

En tercer lugar, y en relación a la anterior, la consultante deseaba poder tomar una decisión definitiva sobre la relación con su esposo, al finalizar el proceso.

A manera de síntesis, Clara comenta que es una paciente psiquiátrica diagnosticada con Trastorno Bipolar desde hace ya 20 años. A pesar de ello, señala que ha aprendido a vivir con el malestar (acudiendo periódicamente a sus consultas) y a hacer una vida funcional durante largos años, ejerciendo su carrera en el extranjero, acompañada por su esposo (“Marcelo”) y, posteriormente, por su hija. No obstante, una serie de accidentes repercutieron en la salud física y mental de su esposo, los cuales limitaron considerablemente su capacidad para funcionar por sí mismo, desde no poder trabajar, hasta ser incapaz de comer o ir al baño por su cuenta. Con el pasar del tiempo, él se volvió agresivo y muy demandante; a pesar de ello, Clara comentó tolerar constantemente sus ataques y demandas, y esforzarse por mantener económicamente a su familia.

Sin embargo, durante un episodio maníaco la consultante perdió su trabajo y gastó sus ahorros en un viaje a Europa con su hija y su hermana. Esto desencadenó una afrenta con los padres de su esposo, quien para ese momento ya se había separado de ella y se encontraba viviendo con ellos.

Desde hace dos años a la actualidad, la consultante se encuentra atravesando una etapa de depresión. Al verse tan afectada la voluntad, no ha tenido éxito en lograr autosostenerse ni estar económica o emocionalmente estable. Ella describe que su rutina diaria se limita a cumplir con sus obligaciones, como llevar a su hija al colegio, ir a sus terapias físicas y cocinar. Una vez cubiertas dichas actividades, se acuesta en su cama a dormir hasta que le toca cumplir con otra de sus responsabilidades, señalando que no logra evitarlo. En adición a ello, el trabajo que tiene actualmente no le genera suficientes ingresos y ello le provoca mucha angustia. No obstante, no busca otras alternativas fuera de su línea de carrera.

Una semana antes de acudir a consulta, Clara fue notificada del juicio legal por la tenencia de su hija, siendo acusada de no ser lo suficientemente estable para atenderla. Sabiendo su situación económica y el estado mental en el que se encuentra, la consultante sentía mucho temor de no ganar la demanda y perder a su hija. Con ello, a pesar del malestar que su esposo le ha generado a través de los años, Clara no deseaba separarse de él, comentando que guarda la esperanza de volver a tener una familia unida. Por otra parte, mencionó que lo que más le duele es que su hija constantemente la riña por “ser floja” al

verla acostada en su cama durante el día.

Por todo lo mencionado, y tomando en cuenta su diagnóstico psiquiátrico, se considera que Clara atraviesa un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, bajo el trastorno bipolar (F31.4), desde hace dos años (para más información se puede acudir al Portafolio a Registro de evidencias - Competencia diagnóstica: diseño - consulta externa - la paciente C - Triage)

## *2. Reseña teórica sobre cuadros depresivos*

Los principales sistemas de clasificación diagnóstica psiquiátrica, el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) y el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), conceptualizan los desórdenes depresivos como trastornos del humor caracterizados por el deterioro en la capacidad del individuo para hacer frente a la vida, disfrutar de esta y funcionar en las actividades cotidianas, con un especial énfasis en los síntomas afectivos. Desde ambos modelos de clasificación, los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo implican la presencia de una serie de síntomas en diferentes áreas, tanto a nivel fisiológico, psicomotor, motivacional, cognitivo y afectivo, por un período mínimo de dos semanas (APA, 2013; OMS, 2017).

Los síntomas afectivos incluyen un ánimo decaído y/o anhedonia, con la presencia de fuertes sentimientos de tristeza e irritabilidad, así como desesperanza y abandono. Por otra parte, las principales alteraciones en las esferas fisiológica, psicomotora y motivacional comprenden dificultades para conciliar el sueño o un exceso de este, cambios significativos en el apetito, a menudo con pérdida o aumento de peso, sensación de cansancio o falta de energía, letargo, movimientos lentos o rápidos, reducción y retraimiento de las actividades usuales, y una notable pérdida de interés y placer en dichas actividades, incluso en la actividad sexual (APA, 2013; OMS, 2017).

Las alteraciones a nivel cognitivo abarcan tanto capacidades básicas como superiores. En el primer caso, los síntomas se relacionan a la dificultad para concentrarse, mientras el segundo se refiere al estilo cognitivo de la persona. En cuanto a este último, su configuración estaría dada por aspectos específicos de forma, como un estilo rumiativo, y contenido, es decir, pensamientos vinculados a la culpa excesiva, falta de autoestima, inutilidad, inferioridad, muerte o ideación suicida (OMS, 2017; Romero, 2010).



En este marco, los trastornos depresivos pueden clasificarse y delimitarse con base en criterios que responden a la intensidad del trastorno, su duración y la presencia de determinados síntomas adicionales, además de considerar su etiología y excepciones de su desarrollo, como la depresión postparto (APA, 2013; OMS, 2017).

### 3. *Solución Planteada*

Una vez esbozada la situación de la consultante, se consideró necesario diseñar un proceso de evaluación que permitiese explorar las diferentes aristas de las problemáticas encontradas. Para ello, se trazaron objetivos tales como comprender la vivencia de Clara teniendo depresión; describir las representaciones que tiene acerca de sí misma y de los otros; determinar la gravedad y estilo depresivo; y explorar los desencadenantes de los episodios maníacos.

Referente al encuadre, cabe señalar que previo al inicio del proceso se le aclaró a la consultante que el espacio de evaluación dentro de la municipalidad no es compatible con el proceso legal, y por lo tanto, cualquier información brindada no tendría cabida para el juicio; sin embargo, se le concederían sesiones semanales a solicitud personal. Por otra parte, se le otorgó información de contacto para solicitar procesos de evaluación que respondan al oficio, tales como el Hospital Nacional de Salud Mental Víctor Larco Herrera y el Hospital Santa Rosa. En adición a ello, se reforzó la necesidad de continuar con interconsulta psiquiátrica en favor de su bienestar. En concreto, las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana dentro de un lapso de tiempo de una hora, en el transcurso de siete semanas (para más información se puede acudir al Portafolio a Registro de evidencias - Competencia diagnóstica: diseño - consulta externa - la paciente C - Diseño de la evaluación).

Ahora, con la finalidad de cumplir los objetivos, se utilizaron diferentes estrategias. En primer lugar, durante todo el proceso de evaluación se hizo uso de la observación semiestructurada y la entrevista para poder comprender la vivencia subjetiva de la evaluada. En segundo lugar, se construyó la historia clínica de Clara haciendo énfasis en las siguientes áreas, dado que estas guardaban estrecha relación con el malestar expresado y potencialmente otorgarían información valiosa para caracterizar y precisar el problema.

Por un lado, se realizaron preguntas referentes a la imagen que tiene de sí misma, explorando el autoconcepto, la autovalía, las exigencias y los deseos que tiene consigo. Por otro lado, se exploró en la historia familiar con la finalidad de tener un panorama más amplio

de los vínculos significativos a través de su vida, alertar acerca de posibles patrones específicos que puedan estar reproduciéndose intergeneracionalmente, o bien detectar factores protectores, comprender la influencia que su hija mantiene sobre ella, y descartar antecedentes psiquiátricos. Complementando este punto, se ahondó en su experiencia interpersonal para detallar las principales formas que tiene de percibir a los otros.

Asimismo, se hicieron preguntas referentes a la relación con su pareja, en vista de que este vínculo constituye uno de los ejes centrales en la vida de la consultante. En adición a ello, se indagó en cómo Clara suele hacer frente a la adversidad, detallando el repertorio de mecanismos de defensa y su flexibilidad. Finalmente, se designó un espacio para construir brevemente la historia médica de la evaluada (considerando accidentes y enfermedades tanto sobre su salud física como mental), orientando las preguntas no sólo a la recopilación de las incidencias clínicas, sino a conocer el significado atribuido a estas, es decir, de qué manera han podido afectar la imagen de sí misma, sus relaciones, sus oportunidades de desarrollo profesional, entre otras (Lemma, Target & Fonagy, 2018).

La tercera estrategia consistió en la aplicación de tres pruebas psicométricas. Por un lado, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda edición (IDB-II), con la finalidad de determinar la severidad actual del cuadro depresivo y corroborar la presunción diagnóstica. Este es un instrumento de auto-reporte creado por Beck, Steer y Brown (2006), compuesto por 21 ítems diseñados con el objetivo de evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva de acuerdo a los criterios del DSM-IV y CIE-10, tanto en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años, con o sin diagnóstico psiquiátrico. En concreto, este instrumento evalúa síntomas como tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, pérdida de interés, desvalorización, pérdida de energía, entre otros.

Este instrumento ha sido traducido al español y adaptado a población española (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003), población hispana residente en Estados Unidos (Penley, Wiebe & Nwosu, 2003), adolescentes chilenos (Melipillán, Cova, Rincón & Valdivia, 2008), colombianos residentes en Estados Unidos (Carmody & Lega, 2004) y población argentina (Brenlla & Rodríguez, 2006). En nuestro medio, diferentes autores han adaptado las propiedades psicométricas del IDB-II en estudiantes universitarios y escolares de 5to año (Carranza, 2013; Rodríguez & Farfán, 2015). Diferentes autores han utilizado la adaptación argentina de este instrumento para comprender los cuadros depresivos en población adulta en

el Perú (Alcántara, 2008; Rodríguez, 2008; Romero, 2010; Tataje, 2014).

Por otro lado, con la finalidad de evaluar las tendencias depresivas según el estilo de personalidad (autodefinitorio o relacional) se utilizó el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ) de Blatt, D'Afflitti y Quinlan (1976). Este instrumento incluye ítems representativos de experiencias comunes en individuos que presentan depresión, sin focalizarse en los síntomas depresivos.

Las propiedades psicométricas del DEQ son satisfactorias, con altas estimaciones de consistencia interna y confiabilidad retest (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt, et al, 1995; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990), tanto en muestras clínicas como no clínicas. A su vez, ha sido traducido al español (Anez & Paris, 1999) y adaptado al contexto peruano por Gargurevich, Luyten y Corveleyn (2006). La validez de constructo se estudió mediante un análisis de componentes principales y dos rotaciones Varimax, seguidas por una rotación Procrustes. El análisis de componentes principales con rotación Varimax sugirió mantener los tres factores: Autocrítica, Eficacia y Dependencia, los cuales explicaban el 14.88%, 7.57% y 5.23% de la varianza, respectivamente. La rotación Procrustes determinó coeficientes de congruencia adecuados: 0.93 para el factor de Dependencia; 0.91 para Autocrítica; 0.84 para Eficacia. Adicionalmente, el instrumento reportó una adecuada validez convergente y discriminante, además de una confiabilidad test-retest de  $r = .79$  para el factor de Dependencia,  $r = .84$  para Autocrítica y  $r = .92$  para Eficacia, después de un año de aplicación.

Finalmente, se recurrió al Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), con el cual contaba la municipalidad. Este cuestionario de personalidad otorga información clínicamente relevante para los procesos de evaluación y toma de decisiones en cuanto al tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 1998), facilitando la identificación de casos que requieran una evaluación más profunda, así como una atención profesional en salud mental más rigurosa (Solís, 2007).

El MCMI-II está compuesto por 22 escalas clínicas, diseñadas como una medida operacional de un síndrome/trastorno derivado de la teoría de personalidad y psicopatología de Theodore Millon (Millon 1976; 1981; 1998). De esta manera, los diferentes trastornos/síndromes de mayor prevalencia en el DSM son recogidos a través de estas escalas: 13 escalas de personalidad (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádica, Compulsiva, Pasivo/Agresiva, Autodestructiva, Esquizotípica,

Límite, y Paranoide) y 9 síndromes clínicos (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso del alcohol y Abuso de las drogas, Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante). Además, se incluyen cuatro escalas de validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración). Los puntos de corte para cada escala de la prueba, y los niveles de puntuación de las mismas, pueden usarse para tomar decisiones sobre trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos, así como para determinar el deterioro, gravedad y cronicidad de la patología.

Una vez finalizado el recojo de información, se procedió a interpretar los resultados, concretizar las conclusiones y elaborar las recomendaciones en el informe final, tal como se detalla en el portafolio (para más información se puede acudir al Portafolio a Registro de evidencias - Competencia diagnóstica: integración de la información - consulta externa - la paciente C). A manera de síntesis, expondré los indicadores centrales de los resultados, las conclusiones principales y las recomendaciones puntuales.

Clara es una mujer con una serie de recursos personales que le permiten entablar relaciones y mantenerse económicamente a ella y a su hija. Cognitivamente, no muestra alteraciones en procesos como la atención y memoria. Mostró compromiso durante todo el proceso de evaluación: asistencia, puntualidad, cooperación y respeto. Referente al autoconcepto, la imagen de sí misma se construye a partir de sus capacidades, poder sentirse autónoma y en control de las situaciones, con lo cual tiende a ser una persona autocrítica y exigente. Dado que se encuentra atravesando un episodio depresivo prolongado, sumado a los diferentes factores de estrés acumulados recientemente, la fatiga, apatía en el comportamiento y desánimo limitan su capacidad para realizar sus actividades, llevar una vida funcional y cumplir sus ideales. Por consiguiente, Clara se representa como una persona incapaz e insuficiente, desvalorizándose y experimentando constantes sentimientos de fracaso, inferioridad y culpa.

Esto entra en juego con la representación de otros como personas críticas, que juzgan, no comprenden y pueden dejar de valorarla si no cumple con el ideal de persona que intenta adjudicarse. Constantemente, siente la necesidad de esforzarse por complacer al resto, incluso si ello significa dejarse en último plano. Al no encontrarse actualmente en las condiciones necesarias para responder a estas demandas, es que se despiertan ansiedades correspondientes a la pérdida de afecto, acentuando así los sentimientos de melancolía.

Para hacerle frente al malestar diario, Clara opta por permanecer en lo que ella

## El camino para ser psicólogo clínico

denomina un “estado vegetal”, en el que duerme o se queda acostada sin hacer nada hasta que debe cumplir con alguna responsabilidad que involucre un compromiso con alguien (recoger a su hija o asistir a sus consultas médicas).

El criterio de realidad de la evaluada está polarizado. Por un lado, ella sí se encuentra comprometida y dispuesta para mejorar su salud física y mental: asistencia y cumplimiento con sus chequeos médicos, psicológicos y psiquiátricos. Por otro lado, aunque su situación laboral y económica actual no es favorable, se rehúsa a buscar un trabajo que se salga de su zona de confort, a pesar de poder tener una mejor remuneración y solventar los fuertes gastos que la aquejan. Menciona encontrar en el apoyo económico que recibe de su hermana, una fuente de protección y seguridad en la cual prefiera refugiarse. Ello es coherente con sus altas puntuaciones (Millon-II) en “rasgos de personalidad dependiente”, caracterizando a la consultante como una persona con carencia de iniciativa y autonomía. Asimismo, las principales limitantes a buscar un trabajo mejor remunerado, aunque este se encuentre dentro de su especialidad, son sus fantasías con respecto a encontrarse “muy vieja” y desactualizada para las oportunidades laborales, y el temor de no poder con la carga, desembocando un episodio maníaco que con terribles consecuencias.

En conclusión, la evaluada no muestra indicadores de deterioro cognitivo salvo por el prolongado tiempo de respuesta. Se representa a sí misma como una persona incapaz e insuficiente, y a los otros como personas críticas y poco comprensivas. Afectivamente, se evidencian fuertes sentimientos de culpa, fracaso y tristeza. Prevalece una tendencia a hacerse cargo de las situaciones, autorreprocharse y experimentar ansiedades correspondientes a perder el amor de los otros. Factores ambientales como la ausencia de un trabajo estable y bien remunerado, constantes críticas por parte de sus seres queridos, el juicio por la tenencia de su hija, entre otros, acentúan los síntomas depresivos. Finalmente, se recomendó comenzar un proceso psicoterapéutico (para el cual se brindaron referencias), continuar con interconsulta psiquiátrica y buscar asesoría legal para enfrentar la situación con la familia de su esposo y la tenencia de su hija.

## II. Caso Sergio

### 1. *Situación a mejorar*

El segundo consultante por presentar, “Sergio”, es un joven de 22 años que estudia

comunicaciones en una universidad privada de Lima. Él acude a consulta manifestando que desde hace cuatro meses se ha presentado un aumento significativo de los síntomas y sensación de ansiedad, lo cual le está generando tristeza, desesperanza y hastío. Señala que la decisión de buscar ayuda psicológica surgió a partir de darse cuenta que las crisis de angustia aumentaron, coincidentes con el desarrollo de un proceso de duelo originado por una separación amorosa. Declara que busca en el espacio terapéutico un lugar que le brinde formas de lidiar con el malestar, dado que vivir con este resulta “muy agotador y doloroso”. Asimismo, desea un acercamiento directivo a “comprender por qué es así”.

Durante las sesiones, Sergio pudo percatarse de la imagen devaluada de sí mismo y la representación de Otros como sujetos críticos/persecutorios que incurren en la mayor parte de ámbitos de su vida, desencadenando crisis sintomáticas y una pérdida de interés en lo cotidiano. En adición a ello, encontrarse constantemente pendiente de su desempeño ante situaciones laborales, sociales o familiares termina agotándolo, dado el enorme coste psíquico que ello representa. En este sentido, busca en el espacio terapéutico una oportunidad para romper con la culpa y la autocrítica.

En detalle, el consultante menciona experimentar una serie de síntomas a lo largo de su vida. Correspondientes a la función pensamiento, destacan los autorreproches, los pensamientos rumiativos y las preocupaciones anticipatorias. Referentes al afecto, se encuentran la ansiedad, la culpa, la tristeza, el hastío y la desesperanza. Por la parte biológica, se hallan síntomas autonómicos de ansiedad como taquicardia, sudoración y temblores, además de presentar insomnio, disminución del apetito y pérdida de peso (9 kg). Finalmente, asociados a la función motivación resaltan la desmotivación y la pérdida de interés en lo cotidiano.

El evaluado comenta que esta constante experimentación de síntomas, y su progresivo aumento en intensidad, acarrearán consecuencias en diferentes ámbitos de su vida. En el ámbito laboral, Sergio se encuentra pendiente de su desempeño y suele estar preocupado por posibles errores en sus informes, experimentando además sentimientos de inutilidad, culpa y ansiedad persecutoria, llegando a creer que lo pueden despedir en cualquier momento por no ser lo “suficientemente bueno para el puesto” y que “debieron dárselo a otra persona”. Referente a sus relaciones interpersonales, el consultante menciona que ha perdido el interés en salir y que ha comenzado a ignorar a su grupo de amigos.

Con respecto a sus relaciones de pareja, el evaluado suele experimentar indecisión y

culpa, además de descalificarse, adjudicándose características negativas como ser “una mala persona”. En cuanto a la sensación de bienestar en general, el consultante recalca lo agotado que se encuentra de vivir con ansiedad todo el día y lo doloroso que es no poder lidiar con los pensamientos intrusivos de devaluación personal. Menciona que incluso hay periodos en los que se apaga emocionalmente y siente que “todo pasa en automático; solo está ahí, existiendo”.

En un intento por mejorar su situación, Sergio comenta haber asistido a consulta psiquiátrica en dos ocasiones. En la primera de ellas (hace un año y medio), el psiquiatra lo diagnosticó con Trastorno de ansiedad generalizada [TAG] (F41.1) y le recetó un medicamento; sin embargo, el evaluado sintió que el diagnóstico y la prescripción se realizó de forma rápida, sin que el psiquiatra lo conozca lo suficiente y solo “quería botarlo para hacer pasar al siguiente”. En la segunda ocasión, regresó pasada una semana y se le explicó los tratamientos psicoterapéuticos a seguir; no obstante, nuevamente Sergio no se sintió cómodo con él. Por consiguiente, en conjunto con su madre decidieron que era mejor no seguir las indicaciones del médico, señalando que “las pastillas son adictivas y empeoran” (basándose en lo que ha observado en sus amistades).

En síntesis, dado que Sergio experimenta una preocupación constante sobre las situaciones de la vida diaria, sin predominar ninguna circunstancia ambiental en particular, además de la presencia de los síntomas previamente descritos, por un período mayor a seis meses, era probable que presentase un Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1). De igual manera, se tomaron diferentes criterios para el diagnóstico diferencial, comparándolo con otro tipo de cuadros ansiosos. En congruencia con ello, el consultante presentaba una serie de síntomas depresivos tales como tristeza, ánimo decaído, falta de motivación y pérdida de interés, sin embargo, estos no llegaban a configurar un trastorno como tal. De igual forma, se consideraron para el diagnóstico diferencial (para más información se puede acudir al Portafolio a Registro de evidencias - Competencia diagnóstica: diseño - consulta externa - el sniper S - Triaje)

## *2. Reseña teórica sobre sintomatología ansiosa*

La ansiedad es una sensación o estado emocional displacentero, acompañado por cambios psíquicos y somáticos, que surge ante determinadas situaciones percibidas como amenazantes, y constituye una respuesta habitual ante situaciones cotidianas

estresantes. Puede presentarse como una reacción adaptativa, en la medida que da paso a conductas de seguridad y resolutivas, o como un síntoma o síndrome vinculado a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (APA, 2013; Consejo de Salubridad General, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por la ausencia del estímulo, la excesiva intensidad con la que se manifiesta con relación a este, o porque su duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, ocasionando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (APA, 2013; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Reyes-Ticas, 2005).

Entre las sensaciones somáticas se encuentran el aumento de la tensión muscular, mareos, sudoración, hiperreflexia, palpitaciones, molestias digestivas, taquicardia, entre otros. Entre los síntomas psíquicos (cognitivos, conductuales y afectivos) destacan las preocupaciones excesivas, conductas de evitación, ideas catastróficas, inquietud, nerviosismo, etc. (APA, 2013; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Reyes-Ticas, 2005).

Dentro de las causas o factores que pueden favorecer la presencia de ansiedad, o la presentación de un trastorno de ansiedad, se encuentran las predisposiciones biológicas, estresores ambientales, el ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida, antecedentes personales de ansiedad durante la niñez o adolescencia (incluyendo timidez marcada), eventos traumáticos (como el abuso), consumo de sustancias, comorbilidad con trastornos psiquiátricos, etc. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Canadian Psychiatric Association, 2006). En adición a ello, los problemas en las relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, entre otros, se asocian en la aparición de los trastornos de adaptación de tipo ansioso, fobias sociales, trastornos de pánico y de la ansiedad generalizada (Reyes-Ticas, 2005).

### *3. Solución planteada*

A partir de todo lo descrito, se consideró oportuno realizar una evaluación orientada, en primera instancia, a explorar los elementos que conforman el cuadro ansioso; en concreto, se identificaron aquellas situaciones que detonaban mayores experiencias de ansiedad, comprendiendo a su vez cómo se configura la devaluación de sí mismo y, con ello, los sentimientos de culpa. En adición a ello, se pretendió determinar la intensidad de la ansiedad



y, posteriormente, realizar un contraste con el diagnóstico psiquiátrico. Finalmente, se evaluó la gravedad de los síntomas depresivos.

Con la finalidad de cumplir dichos objetivos, se hizo uso de una serie de instrumentos psicológicos. En primer lugar, se realizó una entrevista clínica. Ante todo, se evaluó el sueño del participante en función al aspecto cuantitativo y al contenido del mismo. Por un lado, en complemento al malestar general sentido por el consultante, síntomas tales como “estar en automático”, el sentirse agotado, la tristeza y la irritabilidad pueden estar asociados, biológicamente, a la falta de horas de sueño. Por otro lado, dado que Sergio se encuentra en una constante actividad mental durante el día, utilizando el pensamiento concreto y la “lógica” para explicar la devaluación de sí mismo, resultó interesante apreciar el posible simbolismo de los sueños, lejos del intento de control sobre sus pensamientos.

Asimismo, se realizaron preguntas orientadas a evaluar el estado de ánimo en cuanto a la sintomatología depresiva señalada anteriormente. Con respecto a las fantasías en situaciones de ansiedad, se pretendió comprender la actitud que guarda hacia su persona, ahondando en la imagen de sí como un “estorbo”, alguien que se encuentra alerta de sus “posibles errores” y experimenta culpa. En complemento, se exploró el área de las relaciones interpersonales con miras a comprender la imagen que mantiene sobre los Otros como personas persecutorias, quienes constantemente pueden criticarlo, no lo comprenden ni le brindan su apoyo y, por el contrario, siente que lo responsabilizan de situaciones desagradables. Con ello, resultó imprescindible profundizar en la historia familiar dado que el consultante menciona mantener dentro de este círculo vínculos específicos que le generan malestar y, de los cuales, piensa que se desprenden diferentes actitudes.

Por otra parte, se exploraron temas asociados a la sexualidad y la agresión. Se consideró importante profundizar en cómo Sergio vive, y vivió en su momento, su sexualidad, identificando elementos tales como la recepción de su entorno al comunicar su orientación sexual, posibles dificultades a lo largo de su vida, entre otros. Todo ello en favor de visualizar las respuestas que mantienen tanto él como los otros, en este caso frente a sus deseos sexuales. Acerca de la agresión, dado que el evaluado comenzó a presentar desgano, apatía y desesperanza, y ya que menciona que “los demás estarían mejor sin él”, se pensó necesario identificar factores de riesgo que atenten contra su propia vida. Con ello, se evaluó el control de impulsos y las posibles dificultades en el comportamiento.

Asimismo, se realizaron preguntas orientadas a conocer los recursos personales que

## El camino para ser psicólogo clínico

Sergio tiene para hacer frente a la adversidad. Ello en función a re-pensar el cuadro ansioso no sólo en base a los síntomas, sino a partir de la ausencia de otros mecanismos de defensa que favorezcan una resolución más saludable de las situaciones conflictivas. Hasta el momento pueden inferirse mecanismos como la racionalización de la culpa, el tornarse contra sí mismo la agresividad que tiene con el resto y la identificación proyectiva que se torna persecutoria.

Además, dado que el evaluado se encuentra en una etapa del desarrollo caracterizada por el uso de sustancias psicoactivas, se recopiló información pertinente al consumo de diferentes tipos, pensándose, a su vez, como posibles factores que puedan estar incrementando la gravedad de la ansiedad. En adición a ello, se preguntó por hábitos e intereses con el fin de identificar factores de protección.

La segunda estrategia utilizada fue la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (1971), con el objetivo de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. La escala comprende un cuestionario de 20 ítems o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo: 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Con respecto a la confiabilidad, los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung, arrojando un resultado de 0.66. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas (Buenaño, 2012).

En tercer lugar, se aplicaron dos pruebas proyectivas. Se consideró oportuno llevar a cabo los tests gráficos dado que estos dan lugar a la expresión de elementos inconscientes (conflictos, representaciones, deseos, etc.) que escapan del potencial control del evaluado. Es decir, responden a la tendencia del consultante por no mostrarse inadecuado y, a su vez, liberan la ansiedad que podría generarse al realizar preguntas más directas. Por un lado, se utilizó el dibujo de la figura humana de Machover (1949) con la finalidad de conocer la imagen que el evaluado tiene de sí mismo y del sexo opuesto. Por otro lado, se aplicó el Test de la persona bajo la lluvia (Querol & Chaves Paz, 2005). Esta es una técnica proyectiva de simple aplicación y que requiere poco tiempo, la cual evalúa necesidades, temores y conflictos; mecanismos de defensa predominantes y la efectividad o defecto de los mismos; y la estructura psicológica subyacente.

Las sesiones tuvieron lugar una vez por semana en un tiempo aproximado de 50

minutos. Se le ofreció al consultante 5 sesiones de evaluación que culminaron en una devolución oral de los resultados, además de una serie de recomendaciones, las cuales se pueden encontrar detalladamente en el informe final ubicado en el portafolios (Ver Anexo 4 y seguir la siguiente ruta: pestaña “Registro de evidencias - competencia dx: integración de información - consulta externa- El sniper S”). A manera de síntesis, expondré los indicadores centrales de los resultados, las conclusiones principales y las recomendaciones puntuales.

Sergio es un joven responsable, amable, comprometido y con una serie de recursos personales que le permiten desenvolverse en diferentes ámbitos. Cognitivamente, no muestra alteraciones en procesos como la atención, memoria o pensamiento.

Expresa una imagen devaluada de sí mismo, mantiene dudas respecto a sus capacidades, alegando que todo lo que hace es en vano puesto que “nada le sale bien”, y por lo tanto se siente “una carga para los demás”. Suele pensar que los demás estarían mejor sin su presencia y que “merece ser reemplazado por otros mejores que él”. Presenta un nivel de autoexigencia sumamente elevado, siendo muy crítico consigo mismo, autorreprochándose por sus errores y sintiendo culpa. Ello lo obliga a estar alerta de su desempeño, especialmente frente a figuras de autoridad; sus fantasías suelen estar habitadas por figuras y sentimientos persecutorios, a los cuales hace frente sobrepensando las situaciones y anticipándose a estas, al costo de sentir ansiedad la mayor parte del día. Diferentes resultados indican una primacía de la ansiedad, en específico la ansiedad persecutoria (Zung: ansiedad en grado máximo; pruebas proyectivas), frente a la cual la actitud que suele tomar últimamente es la desesperanza.

Se presenta como una persona ansiosa al contacto con el otro, siendo suspicaz y proyectando su propia agresión hacia el resto. Podría sugerirse que Sergio representa a los otros como personas que van a notar sus fallos y por lo tanto lo criticaran/atacarán o tendrán una actitud de desprecio hacia él. Ello guarda relación con su habitual sueño de “sentirse en la mira de un francotirador”. Esta potencial pérdida del afecto puede y suele expresarse a partir de las mencionadas críticas, ausencia de apoyo emocional, no tomar en cuenta su opinión, etc.

En relación a la dinámica familiar, se puede observar que Sergio rechaza la idea de llegar a ser como su padre, a quien representa como un hombre mediocre y lleno de problemas y errores. Esta posibilidad le aterra y realiza esfuerzos compensatorios por alejarse de dichos rasgos. En cuanto a su madre, el evaluado siente la mayor parte de críticas y

## El camino para ser psicólogo clínico

sentimientos persecutorios de su parte; la representa como una persona para la cual “algo siempre tiene un defecto” y a lo largo de su vida ha sido muy exigente con él. Ciertos indicadores de las pruebas gráficas sugieren presión para complacer a las figuras femeninas (aunque también puede ser su jefa).

Referente a las alianzas de la familia, los miembros de la misma suelen quitarle peso a la opinión del evaluado, y suelen echarle la culpa de las cosas negativas que ocurren en casa, tildándolo de agresivo e impulsivo. Incluso en situaciones que escapan de su control, él suele adjudicarse la responsabilidad de las consecuencias negativas que pueden recaer sobre los otros, teniendo como consecuencia grandes sentimientos de culpa. Asimismo, ha llegado a interiorizar la falla ambiental hasta sentir que no merece la atención y el apoyo que requiere. Este entorno amenazante acorta su repertorio de recursos defensivos, imposibilitando un accionar en favor de protegerse apropiadamente: “hace uso de lo que tiene a la mano para defenderse”. Por ello suele ser una persona de defensas rígidas, con poca expresividad emocional e intensos rasgos relacionados al control.

En conclusión, el afecto predominante en Sergio es la ansiedad: sentimientos de culpa, inutilidad, fracaso y desesperanza suelen estar muy presentes. El evaluado tiende a proyectar su propio contenido agresivo hacia el resto. En este sentido, representa a los Otros como figuras persecutorias que se hallan predisuestas a encontrarle errores y criticarlo por ello, sobre todo si se tratan de figuras de autoridad.

La poca seguridad en sus recursos personales lleva al evaluado a representarse como una persona devaluada, y con ello, tener un sentido de valía disminuido. Se caracteriza por no contar con recursos defensivos adaptativos para hacerle frente a la ansiedad; al percibir un ambiente tan hostil, solo le queda hacerle frente con los recursos que “tiene a la mano”, denotando poca flexibilidad de pensamientos y emociones. La dinámica familiar a lo largo de la vida del evaluado, y aún en la actualidad, constituye un factor distal y predisponente en la organización de su personalidad. Esforzarse constantemente por rechazar figuras de fracaso (padre) y tener presente figuras punitivas (madre, padrastro, hermana), predisponen a la configuración de una personalidad ansiosa, autoexigente y de actitud evitativa con el contacto interpersonal.

En cuanto al diagnóstico final, se sugirió que el consultante presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1). Los criterios utilizados para el diagnóstico diferencial pueden encontrarse en el portafolios (Ver Anexo 4 y seguir la siguiente ruta: pestaña

“Registro de evidencias - competencia dx: integración de información - consulta externa- El sniper S - conclusiones”). Aquellos síntomas tales como la tristeza, la amotivación, la pérdida de interés en las actividades cotidianas, la pérdida de peso y apetito, constituyen un cuadro de depresión reactiva, pero sin llegar a configurar un trastorno como tal. Finalmente, se dieron recomendaciones tales como comenzar un proceso psicoterapéutico de orientación psicodinámica y continuar con interconsulta psiquiátrica.

### III. Principales resultados de aprendizaje

Con respecto a las actividades realizadas dentro de la competencia “diagnostica”, al corresponder a diferentes partes del proceso, requirieron hacer uso y seguir desarrollando diversos tipos de aprendizajes obtenidos a lo largo de la carrera. En este sentido, tuve la oportunidad de desenvolverme y fortalecer capacidades tales como el diseño de la evaluación, tanto para las primeras entrevistas como para el diseño del proceso total; el recojo de información, al hacer uso de diferentes herramientas diagnósticas (historia clínica, pruebas psicométricas, pruebas proyectivas, etc.) en virtud de la eficacia de la evaluación; y la integración de la información, para la cual me serví de diferentes modelos de redacción de informes, según las indicaciones del supervisor o la procedencia del consultante, con la finalidad de exponer de manera sintetizada lo hallado y poder comunicarlo en un lenguaje claro. Ambos modelos de informe se encuentran colocados en el portafolios.

Ante todo, para lograr un diseño de evaluación pertinente fue necesario partir de una primera entrevista que explore suficientemente el malestar percibido por el consultante, es decir, ahondar en el motivo de consulta. Con ello, fue necesario aprender a conceptualizar una problemática central de la cual puedan abrirse diferentes aristas. En complemento a los motivos de consulta manifiesto y latente, aprendí a describir la situación inicial de los evaluados a partir de la urgencia por solicitar ayuda psicológica, es decir, comprender la inmediatez de acudir a consulta en ese preciso momento e identificar los detonantes principales que llevaron al consultante a tomar la decisión.

Sobre la historia del síntoma, en adición a las preguntas que favorecían la descripción de los síntomas en términos de temporalidad, frecuencia, aparición y magnitud, logré incorporar en la entrevista las fantasías con respecto a la enfermedad y la curación. Ello permitía comprender factores tales como los recursos personales del evaluado, intentos

previos por “curarse” (ej.: tratamientos), el compromiso que tiene para su mejora, el grado de comprensión de su condición actual, la responsabilidad que se adjudica, entre otros.

Con este nuevo panorama, estructuré una guía de entrevista tentativa que me permitiera, al final de la sesión, tener una idea clara sobre el desarrollo de la “enfermedad”, los tratamientos seguidos y la actitud del paciente. En adición a ello, incorporé el modelo de identificación de síntomas y funciones alteradas aprendido en el curso de Psicología de la Anormalidad para recopilar, ordenar y visualizar los puntos clave que ayudarían para la presunción diagnóstica, a la par de la revisión de los criterios diagnósticos para poder realizar los diagnósticos diferenciales. Más adelante comprendí la importancia de señalar el “coste psíquico”, es decir, la implicancia de los síntomas en el bienestar integral del evaluado.

En adición a esta entrevista semiestructurada para los primeros encuentros, fue necesario prestar especial atención al estado mental inicial del consultante, su lenguaje no verbal y conexión emocional con la narrativa, con el propósito de hacer una comparación una vez finalizado el proceso. En líneas generales, considero que esta parte del proceso afianzó mis competencias en observación y entrevista.

En lo que refiere al diseño de las sesiones de evaluación, existen tres aspectos centrales a destacar. En primer lugar, la elaboración de objetivos debe ser concreta y responder al motivo de consulta. En segundo lugar, es necesario planificar cuáles áreas de la historia clínica deben ser cubiertas; ello con el fin de abarcar los factores contribuyentes al malestar actual del evaluado. En tercer lugar, con el propósito de obtener mayores indicadores diagnósticos y resultados más detallados, resulta importante hacer uso de pruebas o tests, tanto psicométricos como proyectivos. A su vez, todo ello debe tomar en cuenta la existencia de las diferentes bases conceptuales o maneras de abordar/orientar la evaluación, y trabajar bajo una de estas, de manera que los modelos epistemológicos, teóricos y metodológicos guarden coherencia entre sí. Asimismo, el proceso diagnóstico debe considerar indicadores de procesos biológicos, cognitivos, afectivos, sociales y contextuales para la comprensión integral del consultante.

Referente al encuadre, en un primer momento resultó un reto delimitar con claridad el proceso de evaluación del acompañamiento psicológico en sí mismo, dado que la realidad y necesidades de los evaluados demandaba un espacio diferente: escucha y contención, y no tanto exploración. No obstante, y con el paso del tiempo, el contenido narrativo del malestar actual de los consultantes fue provechoso para ir evaluando áreas como el sí mismo, los

afectos, las relaciones interpersonales, el control de impulsos, etc. De esta manera, más que convertirse en un obstáculo se volvió una fortaleza.

A propósito de las pruebas psicométricas, considero necesaria su aplicación si se quiere realizar un diagnóstico de mayor precisión y sustento, sobre todo con aquellas personas cuya estructura y funcionamiento de personalidad no queda del todo claro con la entrevista clínica, y como complemento al formato de intervención breve. Por su parte, encuentro en las pruebas proyectivas un gran “rompe barreras racionales”, es decir, la aplicación de estos instrumentos, en especial a personas con alto grado de racionalización y poca conexión con sus emociones, da mayores alcances sobre el mundo interno y personalidad del consultante, sin la necesidad de hacer preguntas que puedan responderse de manera “artificial” o “muy elaboradas”.

Concerniente a la redacción de informes, entre mis aprendizajes destaco la capacidad para integrar aspectos de la evaluación en la descripción de los resultados, en lugar de separarlos forzosamente por áreas. Para las conclusiones, es necesario identificar puntualmente las problemáticas, agregando continuamente a cada una de ellas los principales rasgos de personalidad y datos biográficos-contextuales que se correlacionan. Asimismo, el diagnóstico debe quedar claro, delimitando el trastorno (de haberlo), así como las principales funciones alteradas y síntomas correspondientes. En este sentido, el uso de los manuales diagnósticos para contrastar o verificar la presunción se vuelve indispensable (en mi caso utilicé el CIE-10). Con respecto a las recomendaciones, estas deben indicarse dentro del marco de la realidad del paciente, ajustándose tanto a sus rasgos de personalidad, motivaciones para recibir tratamiento y accesibilidad, y deben ordenarse en prioridad al motivo de consulta, siguiendo la línea de lo solicitado.

Algunos aspectos técnicos que me quedaron más claros fueron: comenzar cada sección del documento rescatando los recursos personales y factores de protección; no emitir juicios de valor al redactar; tener presente que todo lo encontrado es correlacional al motivo de consulta y por ende no interpretarlo en términos causales (usar un lenguaje como: es sugerente, podría ser, da pie a pensar, etc.); el informe en general debe ser conciso mas no simplista, es decir, debe sintetizar la información y resaltar aquellos aspectos que guardan mayor relación al motivo de consulta, pero utilizando argumentos sólidos basados en las evidencias encontradas.

### **Competencia Interviene**

El servicio de psicología de la municipalidad ofrecía un máximo de doce sesiones de acompañamiento psicológico a aquellos usuarios, y a las personas referidas de la oficina de DEMUNA, que habían atravesado un proceso de evaluación previo y se recomendaba continuar con las atenciones en esta modalidad. Bajo este formato de intervención breve, se trabajaba conjuntamente con los consultantes en favor de lograr los objetivos terapéuticos trazados al comienzo de las sesiones, los cuales respondían a las principales problemáticas encontradas durante la fase de evaluación psicológica, explicado en el acápite anterior. Para ello, se hacía uso de una serie de técnicas que partían de un marco teórico específico, el cual era propuesto ante el/la supervisor/a de la Municipalidad previo a comenzar el proceso de acompañamiento.

En este sentido, era indispensable familiarizarse con el modelo de intervención escogido para determinado caso. A su vez, este debía responder a los rasgos de personalidad del consultante, tener un respaldo teórico-empírico de su eficacia para el tratamiento del malestar y ajustarse a las posibilidades del servicio de psicología, especialmente en términos de duración. Cabe señalar que antes de iniciar cualquier intervención, el/la supervisor/a debía tener conocimiento del caso y autorizar al practicante para llevar a cabo el proceso, lo cual suponía considerar la naturaleza y nivel de exigencia del mismo. Este último aspecto guardaba relación con el hecho de que se ofrecía un acompañamiento psicológico breve, mas no psicoterapia, con lo cual, era necesario comunicarle a los consultantes las limitaciones del servicio o, en todo caso, derivarlos a alguna institución que pudiese ajustarse de mejor manera con sus necesidades.

Durante mis prácticas, tuve la oportunidad de realizar otro tipo de intervenciones, tales como talleres de gimnasia mental y bienestar con adultos mayores, e incluso talleres de autoestima y autoconcepto con los usuarios de OMAPED, los cuales también fueron puntuales. No obstante, los acompañamientos psicológicos que realicé en la consulta me permitieron profundizar más en la presente competencia (ITA-16). Por este motivo, a continuación, se presentan dos casos que reflejan esta competencia.



## I. Caso Clara

### 1. *Situación a mejorar*

Continuando con el caso de Clara, descrito para la competencia diagnóstica, ella es una mujer que otorga un especial énfasis a sus capacidades y logros, poder sentirse autónoma y tener control de las situaciones, con lo cual tiende a ser una persona autocrítica y exigente. Sin embargo, dado que se encuentra atravesando un episodio depresivo prolongado, sumado a diferentes factores de estrés acumulados recientemente (ausencia de un trabajo estable y bien remunerado, constantes mensajes de críticas por parte de sus seres queridos, el juicio por la tenencia de su hija, el proceso de divorcio, entre otros), síntomas tales como fatiga, apatía en el comportamiento y desánimo durante el día le impiden realizar diferentes actividades, llevar una vida funcional y, de esta manera, cumplir con sus ideales.

A raíz de esto, Clara se representa como una persona incapaz e insuficiente, desvalorizándose y experimentando constantes sentimientos de fracaso, inferioridad y culpa. Estos últimos provienen de diversas fuentes: considerar “no ser tan productiva como antes”, y por lo tanto no brindar estabilidad para su familia; observar a su hija teniendo conductas tales como descuidar las labores en el hogar, pensando que lo ha imitado de su ejemplo; comentarios cargados de críticas por parte de su madre y hermana, quienes parecen no comprender la condición de salud mental de la evaluada; pensar que se justifica en “su enfermedad” para no salir adelante; etc.

Con ello, se observa que un elemento central en el malestar de Clara yace en el lugar que los otros ocupan en su subjetividad: los demás pueden dejar de valorarla si no cumple con el ideal de persona que intenta adjudicarse. En adición a ello, la consultante ha manifestado un fuerte deseo por mantener cerca y felices a sus seres queridos. En este sentido, se ve en la necesidad de esforzarse por complacer al resto, incluso si ello significa dejar de tomar en cuenta sus necesidades. Al no encontrarse actualmente en las condiciones necesarias para responder a estas demandas es que se despiertan ansiedades correspondientes a la pérdida de afecto, acentuando así los sentimientos de melancolía.

Clara se suele sentirse desolada, sin una idea clara de qué hacer para lidiar con el malestar. Su principal mecanismo de defensa es casi una evitación extrema, la cual consiste en permanecer en lo que ella denomina un “estado vegetal”, en el que duerme o se queda

acostada sin hacer nada hasta que debe cumplir con alguna responsabilidad que involucre un compromiso con alguien (recoger a su hija o asistir a sus consultas médicas).

Por otra parte, el sentido de realidad de la evaluada está en conflicto. Por un lado, ella sí se encuentra comprometida y dispuesta para mejorar su salud física y mental, lo cual se ve reflejado en las asistencias a sus diferentes chequeos médicos y psicológicos, así como en cumplir con la prescripción del psiquiatra. Por otro lado, aunque su situación laboral y económica actual no es favorable, Clara se rehúsa a buscar un trabajo que se salga de su zona de confort, a pesar de poder tener una mejor remuneración y solventar los fuertes gastos que la aquejan.

Dos factores dan pie a entender esta no-búsqueda de trabajo (más allá de la afección volitiva a causa de la depresión). En primer lugar, Clara recibe apoyo económico de su hermana, la cual ha sido a lo largo de su vida una figura parental de soporte y fuente de ingresos principal de la casa. Es posible que Clara encuentre en ella un modelo de protección y seguridad en el cual prefiera refugiarse. Ello es coherente con sus altas puntuaciones (Millon-II) en “rasgos de personalidad dependiente”, caracterizados por carencia de iniciativa y autonomía.

En segundo lugar, la representación de sí misma como una persona incapaz, y su predisposición pesimista y autoderrotista hacia la vida, limitan sus motivaciones a buscar un trabajo mejor remunerado, aunque este se encuentre dentro de su especialidad. Ello puede observarse en dos escenarios mentales. En el primer caso, Clara considera que no se encuentra lo suficientemente actualizada y es “muy vieja” para las oportunidades laborales; por consiguiente, le darán el puesto a alguien menor y con mejor educación, por lo que no tiene sentido esforzarse en buscar algo. En el segundo caso, la evaluada piensa que no podrá con la carga y la presión terminará absorbiéndola, desembocando un episodio maníaco que la lleve a perder otro trabajo y termine en problemas económicos más fuertes. En ambas situaciones se refleja lo determinante que llega a ser el temor a fracasar. (para más información se puede acudir al Portafolio a Registro de evidencias - Competencia interviene - casos - la paciente C - Diseño del acompañamiento)

## *2. Reseña teórica sobre el enfoque terapéutico contextual*

Exponiendo el caso en supervisión grupal, se sugirió optar por un enfoque terapéutico contextual (tercera generación cognitivo conductual). Desde esta perspectiva, se comprende al

paciente dentro de su contexto y no de forma aislada (Hayes et al. 2006), otorgándole especial relevancia a su conducta verbal y los valores que este posee. En otras palabras, lo que el paciente se dice a sí mismo y a los demás influye directamente en su conducta y su funcionamiento diario. Bajo este enfoque, se propone como objetivo principal proporcionar herramientas a las personas para ayudar a aceptar lo que no puede ser modificado y a modificar lo que es susceptible de cambio dentro de la consecución de metas vitales o en el contexto de la enfermedad (Luengo, Rapado & Fraguas, 2018).

Un modelo dentro de esta orientación se denomina “Terapia de Aceptación y Compromiso” (TAC), cuyos elementos principales de intervención se centran en la capacidad de atender a las sensaciones, pensamientos, sentimientos, etc., unida al compromiso de llevar a cabo acciones coherentes con los valores personales. Mediante técnicas como las metáforas, las paradojas y los ejercicios experimentales (formas de re-pensar su situación), el paciente aprende a conectar con dichos pensamientos y emociones, recontextualizándolos y dando luz a lo que realmente le importa en su vida para alcanzar conductas de aceptación y compromiso que le permitan exponerse a los estímulos temidos sin que se generen conductas de evitación (Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009). En adición a ello, este modelo está vinculado con estrategias para mejorar la flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad de la persona de estar presente y adaptarse a las situaciones que se le presentan (Hayes et al. 2006).

Con respecto a la eficacia de este modelo sobre los trastornos del estado de ánimo, las evidencias sugieren que el tratamiento farmacológico, en adición a la Terapia Cognitivo Conductual, en pacientes con depresión, aporta mejoras considerablemente positivas (Luciano, 2001). Concretamente, la TAC se sirve de estrategias tales como las metáforas, la exposición, la planificación del tiempo, la promoción de toma de decisiones, el distanciamiento y el fortalecimiento, que inciden significativamente en el alivio sintomático y recuperación funcional de personas que padecen este cuadro (Dougher & Hackbert, 1994; Luciano, 2001)

### *3. Solución Planteada*

Previo a plantear los objetivos terapéuticos, se contuvo y debatió con la consultante uno de los pedidos iniciales: “volver a sentir la felicidad y tranquilidad con la que contó en algún momento de su vida”. En este sentido, se le compartió la posibilidad de pensar que en el espacio de acompañamiento ello podría no ser posible. Sin embargo, se le animó a trabajar

en conjunto para hacer del malestar actual más llevadero y construir nuevas formas en las que pueda encontrar áreas de disfrute. Una vez conversado este punto, se trazaron tres objetivos: comprender y aceptar su condición actual de salud mental; facilitar que la paciente se sienta empoderada a buscar un trabajo; y construir la toma de decisiones (en específico sobre su relación de pareja) pensando en su bienestar.

En cuanto al primero, se consideró importante que Clara comience a asimilar que sus capacidades actuales, en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades como madre/hija/esposa/hermana y desempeño en el trabajo, no son las mismas que en el pasado, lo cual no tiene porqué desembocar en autorreproches o sentimientos de culpa: “está bien no poder con todo”. Un identificador compartido construido con la evaluada en las sesiones evaluación fue “Si antes tenías un 100% de potenciales, imaginemos que ahora tienes un 50%; no obstante, ese 50% es tu nuevo 100%, y de este, tenemos que esforzarnos para que logres cumplir con tus propósitos en la medida que te sea posible”.

Con respecto al segundo objetivo, se pensó acertado motivar a Clara a ir considerando la posibilidad de no apoyarse permanentemente de forma económica en su hermana, y con ello, incorporar criterio de realidad: “si hay gastos, hay que solventarlos de alguna forma (así sea postulando a trabajos fuera de su línea de carrera)”. En paralelo, resultó necesario debatir la visión pesimista y autoderrotista del futuro en virtud de darle un nuevo significado a la posibilidad de fallas, sin que ello repercuta negativamente en la imagen de sí misma. En ambos casos, fue necesario evaluar el coste psíquico que representa llegar a fin de mes sin dinero (angustia y culpa).

Finalmente, se buscó reflexionar sobre las fantasías alrededor de la separación con su esposo, tratando de comprender los motivos por los cuales le cuesta tanto ponerle un fin a su relación. Cabe destacar que esta temática fue trabajada de manera transversal.

En favor de lograr dichos objetivos, se utilizaron una serie de estrategias conductuales y contextuales (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrant, 2015). La técnica conductual “Construcción de un horario” facilitó la organización del día de la paciente a fin de cumplir con sus diferentes responsabilidades, disminuir la angustia por dejar todo a última hora, así como los sentimientos de fracaso y culpa por no cumplir los pendientes. En segundo lugar, se fue reduciendo gradualmente la cantidad de “horas muertas” que la paciente utiliza para dormir.

Entre las técnicas contextuales, se utilizó una derivada de la logoterapia, llamada “Huellas de sentido”. Esta técnica consiste en identificar aquello que es valioso para la persona, realizando un recorrido biográfico en segmentos de cinco años en el cual se exploran las actitudes, valores, cualidades, actividades, entre otros elementos, que brindaron bienestar significativo al paciente (Castañeda, 2006). En el presente caso, esta técnica permitió explorar lo realmente importante en la vida de Clara, permitiendo identificar aquellos elementos transversales de bienestar y malestar para reforzarlos o disminuirlos en el presente.

Por su parte, la técnica denominada “Inyecciones de tinta” facilitó el cumplimiento del objetivo referente a las limitaciones autoimpuestas para buscar trabajo. Ello debido a que, por un lado, permitió a la paciente identificar aquellos factores que la tumban, orientando la reflexión a pensarlo en términos de su personalidad; por otro lado, le quitó peso al resultado, animando a centrarse en el proceso.

Finalmente, se utilizaron metáforas (por ejemplo, la metáfora de la gárgola) y se realizaron cambios en la conducta hablada. Como se describió en el primer objetivo terapéutico, estas ayudan a replantear la condición de salud mental actual, dando lugar a la aceptación del estado en que se encuentra la paciente, modular sus demandas personales y reducir la autocrítica. En este sentido, se promovió una nueva forma de pensarse a sí misma, constituyendo así un compromiso para el cambio.

## II. Caso Danitza

### 1. *Situación a mejorar*

Danitza es una joven de 29 años, diseñadora gráfica, que actualmente reside junto a sus padres y dos hermanos en un distrito de Lima Metropolitana. Ella acude a consulta expresando frustración y tristeza asociadas a un cuadro depresivo-ansioso, el cual viene interfiriendo en su vida desde hace 6 años y del cual menciona es incapaz de hacerle frente por sus propios medios. La evaluada manifiesta que desea encontrar en este espacio un lugar que le brinde técnicas/herramientas para “poder liberarse de esta enfermedad”. Asimismo, asegura que ya se conoce y comprende cada aspecto de lo que le está ocurriendo, resaltando una vez más la apremiante necesidad de cambio.

Específicamente, Danitza ha buscado el servicio de psicología de la Municipalidad en vista de que es gratuito y ello reduciría el factor culpa que le generaría pedirle dinero a sus

padres. Con ello, la consultante ha acudido en este momento de su vida pues asegura que “su condición”, es decir, su estado de tristeza predominante y desgano con diferentes actividades, le impide desarrollar una “vida normal” (la cual involucraría tener un trabajo y relaciones estables) y “ya no puede más con ello”.

Puede sugerirse que la joven acude a consulta en busca de un espacio que le permita construir una imagen de sí misma como una persona valiosa. Ello le permitiría tener mayor capacidad para hacer valer sus demandas, que otros reconozcan y validen sus experiencias emocionales, y no estar tan al pendiente de potencialmente perder el cariño o consideración de sus otros significativos.

En detalle, Danitza presenta una sintomatología depresiva y ansiosa. Comenta que suele sentirse una carga y no es merecedora de que otros tengan consideración con ella; si ella sintiera que otros le deberían tener consideración, esto la haría sentir culpable y se autorreprocharía. Describe una serie de problemas en sus relaciones: teme perder el afecto de su pareja y busca constantemente que este le reafirme su cariño; no hace valer su opinión para no incomodar a sus padres y suele tener miedo de hacerle daño a otras personas, así como lo hizo en el pasado.

Ella reconoce que tiene problemas para confiar en sus vínculos y que puede terminar sofocando a los demás. Esto la hace pensar que todos estarían mejor sin ella y la sentirse culpable. Asimismo, los pensamientos de inutilidad e incapacidad la limitan a no cobrar por su trabajo, ya que piensa que este no vale la pena ser remunerado, lo cual impide sus posibilidades de independizarse y se crea así un círculo de culpa-inacción. Por otra parte, el malestar abarca aspectos como el cuidado personal, alterando el sueño, la alimentación y la falta de actividad física.

La consultante refiere que tuvo una crianza ambivalente con su familia. Siendo la última de tres hermanos, considera que no le dieron la guía necesaria en diferentes temas (por ejemplo, en el ámbito sexual) para poder hacerle frente a la vida, por lo que tuvo que ingeniárselas por sus medios. Además, recuerda que todos en casa constantemente vivían expectantes del cambiante humor de su madre, con miedo a no incomodarla, tal como les enseñó su padre. Con respecto a este último, refiere que siempre fue muy apegada a él, pero que de repente la figura a quien consideraba su pilar se desmoronó tras enterarse de que tenía un hijo secreto. No obstante, y al igual que en otras ocasiones, el tema nunca se conversó

desde la experiencia emocional de cada miembro de la familia, intentando apelar al humor para sobrellevar la situación (dinámica habitual dentro del núcleo familiar).

En su adolescencia y adultez temprana, la consultante comenta que tuvo una serie de dificultades que abarcan desde cyberbullying, peleas con amigas por involucrarse con sus ex parejas, relaciones “tóxicas”, hasta un aborto. En estas experiencias menciona que nunca recibió ayuda, sintiéndose culpable de no confiar en nadie para contarle. Posteriormente, abandonó el trabajo y los estudios a raíz de comenzar a percibir los primeros síntomas depresivos como pérdida de interés y disfrute y disminución de la energía. Menciona que todo fue “de golpe”. Actualmente, presenta una serie de dificultades en su relación de pareja, tales como constantes peleas, actitudes de invalidación y minimización, entre otras, siendo estas detonantes de ansiedad y tristeza para acudir a consulta.

Danitza piensa y siente que es una persona incapaz, inútil, devaluada e insuficiente. En sus relaciones, ella busca que el otro la reconozca y le reafirme lo valiosa que es. No obstante, siente que el otro, quien tiene el poder para evaluarla, juzgarla y decidir su valía, tiende a negarle el afecto, rechazarla, la menosprecia y la crítica. Ante esto, ella opta por anular el afecto, apelar al humor y racionalizar que el otro está en lo correcto, ya que ella también se siente así, añadiendo culpa, autorreproche, tristeza y ansiedad, o por el contrario reclamar, oponerse y argumentar, respondiendo con rabia. Sin embargo, cuando decide oponerse y responder con rabia, no consigue sostener esta reacción lo suficiente, pues siente que perdería el aprecio del otro de seguir insistiendo, así que termina cediendo. Estos patrones se muestran durante la evaluación, sobre todo al negar el afecto y dar pie a explicaciones largas y detalladas de su vida; asimismo, es posible concebir su habla verborreica como una anticipación a cualquier tipo de juicio del evaluador. (para más información se puede acudir al Portafolio a Registro de evidencias - Competencia interviene - casos - la joven D - Diseño del acompañamiento)

## *2. Reseña teórica sobre la Terapia Dinámica Interpersonal*

Como se ha podido observar, las principales dificultades de Danitza giran en torno a formas específicas de funcionar en relación con un otro, caracterizadas por una imagen devaluada de sí misma, demandas de reconocimiento y valoración que espera de los otros, y una imagen de los demás como personas que niegan darle el afecto. Usa mecanismos como la racionalización y el distanciamiento afectivo, y presenta un constante temor a incordiar o ser

juzgada por los demás, así como sentimientos de culpa y/o autorreproches. En adición a ello, la aparición, desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos y ansiosos guarda una estrecha relación con eventos de interacción que actualizan los elementos mencionados.

Debido al amplio coste psíquico que esto representa para la vida de la consultante, y a manera de motivar, comprometer y responder a diferentes ansiedades vinculadas al proceso, es que se propone un modelo de intervención de corta duración que permita hacer énfasis en estos patrones relaciones recurrentes, a manera de generar cambios cualitativos y encaminar a Danitza hacia una vida funcional y que procure su bienestar integral. Es de esta manera, que la Terapia Dinámica Interpersonal [DIT] (Lemma, Target & Fonagy, 2018) cobra sentido.

En este marco, se ofrece un plan de acompañamiento terapéutico breve de 16 sesiones (una por semana), estructurado en torno a la formulación y elaboración de un patrón afectivo interpersonal recurrente y problemático, también llamado foco afectivo interpersonal (FAI). En concreto, este modelo sostiene que, a la base de la disfuncionalidad de los pacientes, es posible distinguir formas particulares de relacionarse con los otros, conformadas por un deseo o necesidad, una respuesta del otro y la respuesta del sí-mismo ante esta última.

En palabras de los autores, al enfatizar este tipo de funcionamiento e incentivar la capacidad de la paciente para pensar y comprender cambios en su estado de ánimo desencadenados por la activación de una representación *self*-otro específica en su mente (o bien, promover una traducción rápida desde el insight), es que se constituye el principal medio para reducir sus síntomas (Lemma, Target & Fonagy, 2018). Asimismo, este modelo terapéutico resulta efectivo para pacientes con depresión y ansiedad, los cual se ajusta al presente motivo de consulta.

### 3. *Solución Planteada*

De esta manera, se estableció un FAI a partir del patrón relacional prevalente “Soy una persona devaluada, incapaz, insuficiente, inútil; la persona que tiene el poder para evaluarme/juzgarme me menosprecia, no me valida; me culpo, me autorreprocho, me da tristeza y ansiedad, pero me distancio de los afectos y racionalizo o justifico el actuar del otro”.

A su vez, es posible sustentar el FAI a partir de la dinámica con el evaluador. En un inicio, la evaluada proyectó la imagen devaluada de sí misma en términos de “incapaz/incompetente”, sobre el espacio terapéutico, manifestando dudas sobre la



efectividad del proceso y exigiendo un cambio terapéutico casi instantáneo. Relacionado a las respuestas anticipatorias de desconfianza, en diferentes ocasiones Danitza ha puesto a prueba al evaluador, preguntado específicamente por aspectos de la vida personal de este (ej.: signo zodiacal o posición ordinal entre hermanos) con la finalidad de detectar rasgos de personalidad que ella considera negativos y hasta despreciables.

En adición a ello, la joven suele utilizar la racionalización como principal mecanismo de defensa en sesión, tanto al asegurar que no le sirve hablar, reflexionar y conocerse pues ella “ya se entiende y solo necesita las herramientas, pautas, cosas concretas”. Asimismo, es posible que al utilizar un lenguaje verborreico, el cual pocas veces da pie a hacer señalamientos o detenerse en puntos importantes, la consultante se anticipe a cualquier posible intervención o evaluación del psicólogo que la haga sentir incómoda. De esta manera, se protege de activación y conexión emocional con los eventos y toma distancia. Conforme han transcurrido las sesiones, ella ha expresado que se ha dado cuenta de lo difícil que se le hace conectar con sus emociones, más allá de reconocerlas y verbalizarlas.

En virtud del acompañamiento, se trazó como objetivo central el reflexionar acerca del FAI establecido. Se consideró necesario explorar las fantasías de Danitza con respecto a herir a los otros o ser criticada por estos, indagando en esta ambivalencia amor-odio en sus relaciones. Con ello, fomentar una resignificación de su necesidad de sentirse valorada, profundizando en la representación de sí misma y de los otros, obteniendo un mayor sentido de valía personal que le permita expresar su opinión o desagrado, no sentirse atacada por el resto y amortiguar el miedo a dejar de ser querida.

Además, en función de facilitar la conexión emocional con aquellas experiencias que aún no han sido procesadas (es decir, con aquellas que llenan de culpa a la paciente), se consideró pertinente trabajar fuera del foco racional en el que Danitza suele caer, el cual da pie a desarrollar una serie de pensamientos que intentan justificar la devaluación que ella hace de sí misma. Para ello, se ayudaba a la paciente a identificar lo que sentía y tomar contacto dicho sentimiento a medida emerge en la sesión; comunicar las emociones de forma más efectiva; y desarrollar una mayor facilidad para asociar los sentimientos, pensamientos y acciones (en conjunto) con sus estados internos y el comportamiento de los demás (Lemma, Target & Fonagy, 2018). Finalmente, se pensó oportuno construir con la consultante técnicas para hacer frente a aquellas situaciones en las que siente que aparecen o se intensifican los

El camino para ser psicólogo clínico

síntomas depresivos y ansiosos (regulación afectiva en situaciones desencadenantes de crisis sintomáticas).

### III. Principales resultados de aprendizaje

Entre los principales aprendizajes de esta competencia destaco los siguientes. El diseño de la intervención debe partir de la formulación de determinados objetivos terapéuticos que respondan a las necesidades del paciente y apunten a su recuperación. Para conseguirlo, estos deben ser concretos, específicos y realistas, tomando en consideración la cantidad de sesiones ofrecidas y el formato de intervención focal. De esta manera, resulta posible el trabajo centrado en la problemática principal, contemplando las limitaciones en virtud de poder manejar las expectativas del paciente. Ello conlleva a delimitar los alcances desde el encuadre, explorando dichas fantasías y elaborando junto al consultante una reflexión de lo potencialmente realizable en separación de aquello que escapa de las posibilidades. Esto debe darse de una manera que no desaliente la continuidad del proceso, pero que a su vez mantenga un criterio de realidad oportuno.

Con respecto a la justificación de los modelos de intervención (estructura y técnicas empleadas) según el caso, resultó necesario establecer un marco teórico desde el cual aproximar el acompañamiento tomando en consideración las características individuales y contextuales del paciente, es decir, que tome en cuenta sus rasgos de personalidad, el motivo de consulta y, a su vez, la progresión o el desarrollo de la relación que se fue construyendo durante el proceso de evaluación. En concreto, tuve la oportunidad de diseñar la intervención desde los modelos de la terapia dinámica interpersonal breve, modelos de tercera generación cognitiva conductual como la “terapia contextual”, y la psicoterapia humanista, respetando los marcos epistemológicos pertinentes y sin realizar una intervención que combine estos enfoques teóricos o tomando de todo un poco para un mismo paciente. No obstante, esto último no impidió tener la capacidad de ser flexible y creativo a la hora de aplicar las técnicas.

En lo que refiere a aspectos más técnicos, comprendí la lógica detrás del tiempo de las sesiones y el deseo de algunos pacientes por extenderla, con lo cual, comencé a establecer límites más claros y encontrar formas para cumplir los objetivos de las sesiones en el tiempo determinado. Para ello, aprender sobre el “timing” para las interpretaciones o devoluciones

resultó muy útil: estas deben darse en un momento oportuno para discutirlo sin que falte tiempo, y cuando el paciente esté listo para recibir determinado contenido.

Transversalmente (más allá de la especificidad del modelo escogido), el trabajo de acompañar a los pacientes me permitió fortalecer capacidades tales como mantener una escucha activa, generar empatía, el parafraseo en las intervenciones, la recopilación de lo trabajado en sesión, el respeto al tiempo del paciente para comunicar su mundo interno y la co-construcción continua de la alianza de trabajo. A ellos se le suman la entrevista libre, los señalamientos, fomentar la verbalización de los estados y experiencias emocionales, propiciar el espacio para que el paciente pueda sentirse empoderado, entre otros.

Entre estos aprendizajes, uno de los que más rescato es la necesidad de prestarle especial atención a la relación que se va construyendo en el consultorio. Ello permite observar tanto los indicadores de conflicto en las relaciones del paciente (que se repitieron en esta oportunidad conmigo), como aquellas formas de responder al trabajo del acompañamiento, contemplando los cambios generados a partir de la facilitación de sus necesidades y reconstrucción de sus representaciones.

Finalmente, considero que tanto la supervisión como tener un propio proceso psicoterapéutico me han permitido llegar a diferentes reflexiones, desarrollar y capacitarme en aspectos teóricos-técnicos, y notar “puntos ciegos” propios de la inexperiencia y mi propia subjetividad. A su vez, he podido comparar puntos de vista sobre la conceptualización y diseño de intervención de los casos, procurar mi autocuidado, y comprender aspectos relacionados a la contratransferencia.

### **Competencia Evalúa**

A pesar de que durante mi estancia en la Municipalidad no tuve la oportunidad de desarrollar la presente competencia en su totalidad, me ha sido posible rescatar el trabajo elaborado en el curso integrador *Psicología y Violencia*. A lo largo del semestre, realicé junto a mis compañeros un taller en una institución educativa en el distrito de Surquillo dirigido al alumnado, desde inicial hasta 6to de primaria. Por temas de logística, el grupo se dividió en parejas para cubrir todas las secciones; junto con mi compañero Jean, nos encargamos del diagnóstico, intervención y devolución del 5to grado de primaria, conformado por 37 alumnos.

Al finalizar dichos encuentros, llevamos a cabo un informe de evaluación, el cual

## El camino para ser psicólogo clínico

analizaba a profundidad los objetivos, el mayor o menor cumplimiento de estos a partir de los indicadores de logro, y el funcionamiento de la metodología; todo ello con el propósito de visualizar el impacto del taller sobre los alumnos y elaborar un plan de mejora para futuras intervenciones. A continuación, describiré a grandes rasgos la problemática identificada en un primer momento, los objetivos, metodología e indicadores de logro, para desarrollar la competencia “EVPA4”.

A partir del diagnóstico, se consideró que la baja autorregulación emocional de los alumnos constituía la principal causa de los diferentes conflictos en el aula, problema que repercute significativamente en el cumplimiento de normas de convivencia. En vista de la influencia que dicha habilidad tiene en la evolución de los alumnos como seres sociales, se consideró necesario intervenir de manera puntual y viable en función del nivel de desarrollo en el que se encontraban.

La primera sesión, es decir, la de intervención tuvo como objetivo general comprender la importancia de regular adecuadamente las emociones. Para ello se establecieron objetivos específicos, tales como facilitar el reconocimiento de emociones asociadas a situaciones de la vida cotidiana, e identificar la relación entre las emociones y las normas de convivencia. Referente a la segunda sesión (sesión de devolución), se propuso fomentar la capacidad de los alumnos para autorregularse tanto dentro como fuera del aula. A fin de lograrlo, se enseñó una técnica cognitiva para el registro emocional, y se construyeron alternativas conductuales para el manejo de las emociones.

Referente a la metodología utilizada, en ambas sesiones se creó un clima de confianza y cooperación. El rapport consistió en los saludos entre los alumnos y los facilitadores (dentro y fuera del aula), preguntas generales sobre el estado de ánimo del momento, recopilación de la información que capturaron de las sesiones pasadas, e introducción de los temas a tratar a modo de la agenda del día. Al final de cada sesión se realizó una recapitulación de lo aprendido y se agradeció la participación.

Por otra parte, se utilizaron diferentes dinámicas rompehielos e integradoras: “Zip Zap Boing” y las “Palabras conectadas”, además de una técnica de respiración denominada “Respiración 444”. La actividad central de la sesión de intervención pretendió que los estudiantes tengan un mayor acercamiento a sus emociones y logren identificarlas en situaciones cotidianas, a través de ejemplos. En complemento, se diseñó la actividad “Conviviendo”, la cual buscaba que los estudiantes relacionen las emociones con las normas

El camino para ser psicólogo clínico

de convivencia. Con respecto a la devolución, se planearon técnicas cognitivas y conductuales: la técnica “El Rastreador Psicológico” derivó del modelo ABC (Ellis, 2003), y una técnica conductual denominada “Pastel de la Calma”.

A continuación, se muestra un cuadro en donde se describen las dinámicas utilizadas según las sesiones en que fueron aplicadas y los objetivos a los que responden.

**Tabla 1**

*Dinámicas Empleadas*

<b>Nombre de la dinámica</b>	<b>Sesión - Objetivos</b>	<b>Descripción</b>
Zip Zap Boing	Sesión intervención: - Establecer un vínculo de confianza entre facilitadores y alumnos a través del juego - Relajar a los alumnos - Identificar el cumplimiento de normas	Actividad lúdica que consiste en “pasar la energía” de una persona a otra.
Palabras conectadas	Sesión devolución: - Generar un clima de cercanía y confianza con los alumnos. - Identificar el cumplimiento de normas	Actividad lúdica que consiste en que uno de nosotros lance una palabra y los demás tienen que ir diciendo palabras que estén relacionadas.
Respiración 444	Sesión intervención: - Disminuir la gran estimulación provocada por el recreo. - Propiciar un ambiente adecuado para la exploración emocional	Actividad de respiración y meditación guiada con tiempos.
Actividad central	Sesión intervención: - Introducir la temática principal - Propiciar definiciones adaptadas al grupo etario. - Facilitar el reconocimiento de las emociones básicas - Facilitar el reconocimiento de emociones vinculadas a determinadas situaciones	Exposición, reflexión y conversatorio.
Conviviendo	Sesión intervención:	Actividad lúdica dividida en etapas: la primera etapa

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar levantar la mano para pedir la palabra</li> <li>- Respetar el turno de hablar del otro</li> <li>- Identificar qué normas de convivencia los alumnos encuentran útiles y/o necesarias</li> <li>- Fomentar pedir las cosas con cordialidad</li> <li>- Relacionar las emociones con normas de convivencia</li> </ul>	<p>consiste en hacer preguntas simples a los alumnos; la segunda etapa consiste en que los miembros de cada grupo se paren intercaladamente en un fila; la tercera etapa consiste en que los miembros de un grupo lancen una palabra asociada al aula y una emoción, y el otro grupo construya una norma de convivencia.</p>
Rastreador Psicológico	Sesión de devolución: Enseñar una técnica cognitiva para el registro emocional	Actividad en la cual se enseña a los alumnos a gestionar sus emociones con base en el ABC de Ellis.
Pastel de la calma	Sesión de devolución: Construir alternativas conductuales para el manejo de las emociones	Actividad en conjunto en la cual los alumnos construyen estrategias para el manejo emocional y las plasman en un papelógrafo que colgarán en el aula.

Con la intención de evaluar la efectividad de los talleres (y por ende el cumplimiento de los objetivos) se trazaron diferentes indicadores de logro, con lo que se pudo desarrollar la competencia “evalúa”, la cual se pasará a detallar.

### 1. Situación a mejorar

Con respecto a la sesión de intervención, se eligieron y evaluaron los siguientes indicadores de logro:

- (1) Los alumnos fueron capaces de reconocer eficazmente las emociones básicas
  - Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que logran identificar las emociones básicas.
  - Medio de verificación 2: Los alumnos logran reconocer al menos cinco emociones básicas.

- (2) Los alumnos fueron capaces de asociar las emociones a situaciones de la vida cotidiana
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que logran asociar emociones a situaciones.
  - Medio de verificación 2: Los alumnos logran asociar una de las emociones básicas a por lo menos tres situaciones diferentes.
- (3) Los alumnos fueron capaces de reconocer las normas de convivencia dentro del aula
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que logran reconocer las normas de convivencia dentro del aula.
  - Medio de verificación 2: Los alumnos logran reconocer al menos cinco normas de convivencia dentro del aula.
  - Medio de verificación 3: Los alumnos comienzan a poner en práctica las normas de convivencia dentro del aula.
- (4) Los alumnos fueron capaces de integrar en sus respuestas valores como el respeto y la amabilidad
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que logran integrar valores en sus respuestas.
  - Medio de verificación 2: Cada grupo de alumnos logra elaborar respuestas detalladas.
- (5) Los alumnos fueron capaces de respetar el turno del otro para participar.
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que logran respetar el turno del otro para participar.
  - Medio de verificación 2: Cambio de conducta - Cantidad (en porcentaje) de que hablan sin pedir permiso comienzan a levantar la mano para pedir la palabra.

En lo que refiere a la sesión de devolución, se evaluaron los siguientes indicadores de logro:

- (1) Se verificó que los alumnos comprendieran cómo utilizar la técnica “Rastreador Psicológico”
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que participan en la tarea.

## El camino para ser psicólogo clínico

- Medio de verificación 2: Los alumnos diferencian cada componente del Rastreador Psicológico.
  - Medio de verificación 3: Los alumnos saben qué llenar en cada espacio del Rastreador Psicológico.
- (2) Se verificó que todos los alumnos obtuvieran un ejemplar del “Rastreador Psicológico” para llevárselo a casa
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que recibieron un Rastreador Psicológico.
- (3) Se evaluó el reconocimiento de diferentes estrategias para regular sus emociones y comportamiento.
- Medio de verificación 1: Cantidad (en porcentaje) de alumnos que participan en la tarea.
  - Medio de verificación 2: Los alumnos logran reconocer al menos cinco estrategias para regular sus emociones y conducta.

Una vez finalizada toda la intervención, se pudieron identificar los aciertos y los defectos de los talleres. En concreto, las problemáticas halladas pueden clasificarse según el logro de los objetivos y la metodología implementada.

### *Logro de objetivos*

Referente a la sesión de intervención, el logro de los indicadores 1 y 2 se dio eficazmente debido al previo bagaje teórico con el que contaban los estudiantes y la capacidad que tenían para reconocer las emociones básicas y asociarlas con situaciones cotidianas. En cuanto a los indicadores de logro 3, 4 y 5, estos no pudieron cerciorarse, puesto que la actividad “Conviviendo” no pudo tener lugar por motivos ajenos al equipo de facilitación. Asimismo, dado que los indicadores 3 y 5 pudieron contemplarse únicamente a grandes rasgos a partir de lo observado en la primera actividad, estos no pueden determinarse como logrados.

Con respecto a la devolución, el indicador 1 decretó que el 33% de los estudiantes logró aprender la técnica cognitiva. Por otro lado, el indicador 2 se cumplió al 100%, ya que solo consistía en la entrega del material; sin embargo, se pudo notar al final de la sesión que algunos de estos documentos se encontraban rotos o en el piso, por lo que su conservación no



se aseguró al 100%. En referencia al indicador 3, al pedir la cooperación de los alumnos para completar el Pastel de la Calma, más del 80% levantaba la mano para participar. Así tuvieran en mente una estrategia de regular el comportamiento que ya se hubiese dicho, los estudiantes se encontraban entusiasmados en acercarse a la cartulina y contribuir con lo que pudieran. No obstante, es necesario señalar que al término de esta sección se dio una gresca entre dos estudiantes varones, por lo que el aprendizaje y uso de las técnicas construidas para autorregularse no se vislumbra a corto plazo. (Ver Anexo 5 para mayor información)

## *2. Reseña teórica sobre autorregulación emocional en el contexto escolar*

La autorregulación puede ser definida como el control voluntario de la atención, la conducta y las funciones ejecutivas con el fin de dirigir las acciones a ciertos objetivos (Blair & Ursache, 2011, citado en Baron, Evangelou, Malmberg & Melendez-Torres, 2017). Desde una perspectiva del desarrollo, la autorregulación está relacionada con el desarrollo socioemocional del niño, así como a la comunicación verbal y no verbal (Whitebread & Basilio, 2011). En el contexto escolar, las deficiencias en la autorregulación se asocian a una exposición temprana a la violencia (violencia en la familia), problemas en la capacidad para planificar, organizar y sintetizar información, y pueden devenir en problemas académicos y de salud mental (Perkins & Graham-Bermann, 2012). En ese sentido, la autorregulación juega un rol importante en la comprensión y prevención del desarrollo de la violencia física o verbal y los comportamientos inadecuados, así como en la predicción de futuras conductas agresivas (Ross & Fontao, 2008).

Bajo este marco, se considera un acierto enfocar la disminución de los fenómenos de violencia en el aula a partir de la autorregulación emocional. Dada la naturaleza de la intervención, el momento de desarrollo evolutivo del alumnado y las capacidades de los facilitadores, este constructo permitió abordar de manera práctica diversas situaciones detonantes de violencia, estados mentales problemáticos y evaluar el nivel de desarrollo de habilidades para la vida (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009). En concreto, la identificación de situaciones, pensamientos y emociones, sumados al desarrollo de competencias de autocontrol, constituyeron elementos viables para el trabajo con un grupo de alumnos que atraviesan la etapa de niñez tardía (Craig y Baucum, 2009), en concordancia con el bagaje teórico y técnico que lo respalda (Delgado, 2009; Eisenberg et al., 2004)

Sin embargo, intentar fomentar el desarrollo de normas de convivencia en el aula, como herramienta para fomentar la autorregulación, tuvo numerosas limitaciones. Esto pudo deberse a que esta temática ya ha sido tratada y es constantemente recordada por parte de la institución educativa, resultando la intención del presente trabajo repetitiva y tediosa para algunos estudiantes. Al respecto, por más que los alumnos estén familiarizados con las normas en el aula, solo las cumplen ante la presencia de una figura de autoridad como las profesoras o la directora, sugiriendo la no-interiorización de dichos acuerdos más allá del miedo al castigo.

Campo (2010) sugiere que, para esta etapa del desarrollo, los niños ya son capaces de interpretar las emociones de otras personas, entender otros puntos de vista y hacer uso de su imaginación para poder fantasear situaciones que en la realidad no harían ya que conocen las consecuencias. No obstante, Papalia, Wendkos y Duskin (2009) señalan que, durante esta transición del desarrollo emocional, algunos niños suelen ser menos empáticos, menos capaces de comunicarse y más egocéntricos, con lo cual, encuentran difícil controlar emociones como el enojo y frustración y, por lo tanto, mantener un control sobre sus actos agresivos.

Por otra parte, se consideró adecuado estructurar los talleres a partir de actividades recreativas-formadoras, debido a que durante esta etapa evolutiva el juego promueve el desarrollo de la identidad de los niños, así como la capacidad de expresar sus emociones, inquietudes y fantasías (Erikson, citado en Robles, 2008). En esta línea, el uso de dinámicas rompehielos e integradoras fomentó un clima motivacional en el aula, permitiendo a los estudiantes tomar importancia al taller y, en consecuencia, se observaron actitudes o cambios conductuales acordes a la cooperación (Escobar, 2015; Mollo y Puig, s/f).

Sin embargo, las condiciones en las que tuvo lugar la “Respiración 444” (después del recreo, en un grupo muy numeroso) no fueron las ideales para ayudar a los alumnos a pasar de un estado de inquietud, hasta un cambio favorable en la salud física y psicológica (Chóliz, 2000).

Respecto a la actividad central de la intervención, se piensa que esta alcanzó su efectividad dado que facilitó a los estudiantes conocerse a sí mismos y a los demás (familia, docentes, compañeros de clases) buscando el respeto hacia sí mismos y a su entorno (García, 2011). En palabras de Craig & Baucum (2009), durante la niñez tardía es característico del desarrollo cognitivo el despliegue de la capacidad metacognitiva, es decir “pensar sobre

pensar”, analizar y manipular deliberadamente esquemas de pensamiento, así como utilizar el razonamiento hipotético deductivo, y un significativo desarrollo de la memoria; a partir de estos logros, el niño es capaz de tomar decisiones y resolver problemas. No obstante, al considerar el poco alcance que tuvo “El Rastreador Psicológico”, es posible que el alumnado aún se encuentre afianzado dichas cualidades, o bien, factores externos con mayor peso impidan un desarrollo óptimo de ellas.

En lo que refiere al no cumplimiento de los objetivos sobre normas de convivencia, se encontró como principal fallo que la actividad “Conviviendo” no haya tenido lugar. En este sentido, el taller no contó con suficientes recursos para fomentar la armonía, el respeto y la disciplina escolar, ni reforzar las normas de convivencia en virtud de promover el autocontrol y la autonomía, y con ello, el bien común (García y Ferreira, 2005). Sin embargo, cabe resaltar que el “Pastel de la Calma” resultó ser una herramienta útil dada su practicidad, cumpliendo un criterio de viabilidad y, debido a su naturaleza de construcción en conjunto, situó al alumnado como un seres responsables y encargados de su entorno, es decir, agentes de cambio (Gutiérrez, 2015). Todo ello concuerda con lo encontrado en la literatura de modificación de conducta para niños, dentro y fuera del aula (Vásquez, 2010).

### *3. Solución Planteada*

De acuerdo a la competencia “EVPA5”, para desarrollar mejoras en relación al taller propuesto, se esbozaron soluciones divididas en tres grupos: aquellas en favor del cumplimiento de los objetivos; recomendaciones sobre la metodología de trabajo; y con respecto a temáticas asociadas al presente problema como punto de partida para futuras intervenciones.

#### *Objetivos*

En primer lugar, se precisaría contar con un acercamiento más profundo a la realidad de los alumnos para fijar objetivos que abarquen los diferentes ejes en los que se manifiesta la violencia. En segundo lugar, para optimizar los resultados de aprendizaje se considera necesario elaborar talleres con menor cantidad de estudiantes: se recomienda separar los salones en 3 grupos, y que en cada uno de estos se encuentren 10 a 12 alumnos como máximo (mixto). En tercer lugar, para la devolución de resultados se considera pertinente indicarle a los alumnos que el material entregado debe asegurar su futuro uso, quizás como carácter

obligatorio. Asimismo, sería ideal capacitar a algún docente en el uso de las herramientas de regulación emocional para solventar potenciales dudas y resolver posibles futuros conflictos.

#### *Metodología*

Ante todo, la lógica del proyecto debería ser replanteada para incluir más sesiones (8 mínimo). Esto en función de que las estrategias que podrían utilizarse contarían con más días para trabajar y asegurar el aprendizaje. En cuanto a la fase diagnóstica, si bien se indagó con preguntas y observación, hubiese sido ideal la utilización de instrumentos cuantitativos que midan la prevalencia o magnitud de fenómenos de violencia en la vida de los niños, así como escalas de autorregulación emocional, en favor de tener una línea base y partir de indicadores concretos, contando así con un panorama más claro de la situación. Asimismo, la implementación de técnicas como entrevistas semiestructuradas para la recopilación de las narrativas del alumnado sería esencial para la comprensión fenomenológica de la problemática.

En cuanto a la intervención, se considera necesario establecer un horario determinado no menor a 2 horas para poder desarrollar las sesiones, para de esta manera desarrollar con mayor tranquilidad las actividades. En adición a ello, la presencia de la docente hubiese sido necesaria para manejar a un público de estudiantes con dificultad para cumplir las normas de convivencia.

#### *Temáticas por desarrollar*

A partir de las sesiones se pudieron rescatar diferentes temas, demandas y exigencias por parte del grupo objetivo que no pudieron ser abordadas por motivos de tiempo, cantidad de sesiones o experticia de los facilitadores. Entre los temas que surgieron, y no pudieron ser tocados, destacó como principal y más alarmante la violencia física en el hogar. Al ser este un tema tan amplio y que abarca actores diferentes a los niños, resultaría oportuno realizar evaluaciones individuales y un acompañamiento de casos. Por otra parte, los alumnos no estuvieron conforme con la manera cómo se desarrollaron las actividades: constantemente exigían que sean más lúdicas o que se utilice un espacio más amplio. En relación a ello, sería ideal enfocar futuras intervenciones en la capacidad para postergar la gratificación.

#### *4. Principales resultados de aprendizaje*

Entre los principales aprendizajes de esta competencia puedo destacar tres. En primer lugar, la evaluación de un programa debe abarcar todas las fases y elementos del proceso: diagnóstico, intervención, objetivos, metodología, marco teórico, etc. Ello en función de replicar los puntos fuertes y solventar los débiles, así como poder visualizar en qué parte el programa comenzó a fallar.

En segundo lugar, considero necesario que a la par de trazar indicadores de logro específicos, resulta importante contar con un registro general de evaluación. Este documento tendría por finalidad considerar factores como el espacio, el tiempo, los recursos, la participación, la cobertura de los temas planeados o las dificultades. En otro registro, se encontrarían los indicadores de logro de los objetivos per-se y los medios de verificación.

Al aplicar la intervención en el aula, me fue posible darme cuenta que los indicadores necesariamente debían tener las siguientes características. Por un lado, deben ser realistas, es decir, alcanzables tomando en consideración el grupo etario, el número y tiempo de las intervenciones, y el nivel de experiencia que tienen los facilitadores sobre el tema a abordar. Por otro lado, deben ser específicos, con la finalidad de que puedan diferenciarse unos de otros y así clarificar de cuál objetivo parte cada uno. Además, deben ser medibles, en función a tener evidencia objetiva sobre los comportamientos que se deseaban observar. Finalmente, tienen que ser relevantes, en respuesta al objetivo o resultado deseado según la temática a trabajar, el contexto y realidad de la población. En concreto, me fue posible desarrollar y construir indicadores de resultado o efecto que midieran los cambios de comportamiento (en relación a la regulación emocional) en los niños de 5to de primaria producidos durante la ejecución del proyecto, permitiendo contemplar en mayor o menor medida el logro de los objetivos.

Sin embargo, todo ello carecería de sentido si no se contara con medios de verificación para comprobar el estado de los indicadores de logro. En el presente trabajo, los medios por los cuales se conocieron y verificaron el cumplimiento de metas tuvieron un carácter secundario, es decir, se dio a través de datos, específicamente, a través del registro estadístico e inspección de los facilitadores durante la ejecución de los talleres.

En tercer lugar, resulta indispensable contrastar con la literatura existente las limitaciones y alcances del proyecto en virtud de atribuir explicaciones a lo ocurrido para, posteriormente, plantear recomendaciones pertinentes.



## Conclusiones

Dada la naturaleza clínica que tuvieron mis prácticas preprofesionales, me fue posible profundizar en las competencias “diagnostica” e “interviene”, y complementar mis aprendizajes concernientes a la competencia “evalúa”. Con respecto a la competencia “diagnostica”, los primeros encuentros con los consultantes me permitieron desarrollar y fortalecer la capacidad para diseñar un proceso de evaluación; desde crear un modelo de primera entrevista que recopilara la información más relevante, hasta el diseño de todo el marco bajo el cual tendríamos las sesiones. Consistió un reto significativo ir “depurando” y “puliendo” la aproximación que facilitara una mejor comprensión de las problemáticas. En este sentido, al ejecutar una evaluación pertinente es necesario tener como base un motivo de consulta bien definido, comprender la necesidad de acudir a consulta en ese momento específico, identificar los detonantes principales, construir la historia del síntoma (o los detalles de la problemática, a partir de aspectos como la temporalidad, frecuencia, duración, intensidad, fantasías sobre la “enfermedad” y la “curación”, actitud del consultante, el coste psíquico), y elaborar una presunción diagnóstica.

Seguidamente, es necesario que los objetivos sean concretos y respondan al motivo de consulta. Con ello, la implementación de herramientas diagnósticas, tales como la historia clínica, las pruebas psicométricas y los tests proyectivos utilizados, considerando cada situación particular de los usuarios, me permitieron familiarizarme con una diversidad de recursos e ir identificando con cuáles me sentía más cómodo trabajando y cuáles consideraba tenían un mayor impacto en el proceso de evaluación. En concreto, el uso de la historia clínica fue la herramienta que me permitió indagar en una mayor cantidad de áreas de los consultantes y comenzar a asociar sus vivencias con el malestar actual. En adición a ello, los tests proyectivos, tales como los dibujos de la figura humana, la persona bajo la lluvia y el Sacks, facilitaron una aproximación más profunda a la experiencia subjetiva de los usuarios sobre la imagen de sí mismos, sus relaciones interpersonales, sus angustias y defensas, las cuales muchas veces no eran obtenidas a partir del diálogo.

Finalmente, la redacción de informes se debe dar de manera integrada y sintética. Es necesario enfatizar las áreas que se evaluaron relacionándolas entre sí para dar una comprensión dinámica del cuadro. Por su parte, las conclusiones deben reflejar rasgos de

personalidad y vivencias actuales y pasadas de los consultantes. Con respecto a las recomendaciones, estas deben indicarse dentro del marco de la realidad del paciente, siguiendo un orden acorde al motivo de consulta.

Referente a la competencia “interviene”, me es posible resumir mi experiencia en cuatro puntos. En primer lugar, cualquier intervención se asume debe partir de la elaboración de objetivos terapéuticos realistas y concretos que procuren la recuperación del paciente, en términos (al menos) de garantizar un alivio emocional. Para ello, es necesario considerar las limitaciones y alcances que ofrece el encuadre de la institución en que uno desarrolle la práctica clínica.

En segundo lugar, es indispensable establecer un marco teórico desde el cual llevar a cabo el acompañamiento, considerando características individuales y contextuales del paciente: rasgos de personalidad, motivo de consulta, desarrollo de la relación que se fue construyendo durante el proceso de evaluación, contexto familiar, etc. Desde la mirada que uno elija, se parte de una forma específica de comprender el transcurso y evolución de la persona en el espacio terapéutico, la noción de salud mental (en términos funcionales) a la cual se apunta, y se determinan una serie de recursos para conseguir los objetivos planteados. En concreto, tuve la oportunidad de diseñar la intervención desde tres enfoques diferentes, aunque bien, en cada uno de estos casos procuré respetar los marcos epistemológicos pertinentes y no realizar una intervención que combine posturas teóricas. No obstante, ello no repercutió en la capacidad de ser flexible y creativo a la hora de aplicar las técnicas.

En tercer lugar, en lo que refiere a aprendizajes más técnicos, el trabajo de acompañar a los pacientes me permitió fortalecer y desarrollar capacidades tales como mantener una escucha activa, generar empatía, el parafraseo, el respeto al tiempo del paciente para comunicar, los señalamientos, fomentar la verbalización de los estados emocionales, propiciar el espacio para que el paciente pueda sentirse empoderado, prestarle especial atención a la relación terapéutica, entre otros. En mi opinión, dichas cualidades trascienden la especificidad del modelo escogido, y son (o sería ideal que fuesen) características de cualquier intervención que coloque a la persona en el centro de la misma.

Finalmente, considero que la supervisión me ha permitido llegar a diferentes reflexiones, capacitarme en aspectos teóricos-técnicos, comparar puntos de vista sobre la conceptualización e intervención de los casos, y darme cuenta que aún me falta un vasto camino de aprendizaje por recorrer. En adición a ello, tener un propio proceso



## El camino para ser psicólogo clínico

psicoterapéutico me ha facilitado el tomar conciencia de aspectos propios de mi subjetividad que interferían (o potencialmente podían hacerlo) en el trabajo clínico, así como procurar mi autocuidado, entender y establecer mis límites, y tener un espacio para profundizar cómo cada caso en particular me interpela.

Respondiendo a la competencia “evalúa”, el marco de intervención de la Municipalidad no facilitaba la aplicación de escalas o la evaluación a través de indicadores de logro sobre los diferentes aspectos trabajados en el acompañamiento. Por este motivo, no considero que haya sido exhaustivo el desarrollo de mis capacidades clínicas en lo que refiere a esta competencia. Sin embargo, asociando las reflexiones que pude obtener a partir del trabajo con los consultantes, y lo aprendido en la práctica del curso “Psicología y Violencia”, me es posible formular las siguientes conclusiones.

Por un lado, la evaluación de cualquier tipo de programa debe considerar los elementos centrales del diagnóstico, la intervención y la devolución. En este sentido, es necesario verificar el cumplimiento de los objetivos de cada una de estas fases, a partir de una serie de indicadores confiables y medios de verificación. Para ello, resulta importante familiarizarse con las diferentes herramientas de medición y reporte, y determinar cuáles se ajustan y responder en mayor medida al proyecto.

En adición a la evaluación de los objetivos, se deben tomar en cuenta las técnicas o métodos empleados para llevar a cabo cada uno de estos, el marco teórico del cual partió el programa en cuestión, los aspectos éticos correspondientes, y toda clase de enfoques y componentes presentes; todo ello en virtud de realizar una óptima evaluación. Este tipo de análisis facilita la comprensión de los puntos fuertes y débiles del programa: qué funcionó y qué no, qué puede replicarse y qué debe mejorarse o no volver a utilizar.

Por otro lado, y siguiendo la línea de la conclusión anterior, se considera valioso contrastar las limitaciones y alcances de un programa con la literatura existente. Esto permitirá tener un panorama más amplio y explicativo de lo ocurrido y, a partir de ello, realizar recomendaciones pertinentes y complementar la evidencia.

En líneas generales, considero que mi experiencia pre profesional ha permitido desarrollar una serie de competencias, y sus respectivas capacidades, que favorecen la ejecución del trabajo clínico. Ha sido un camino de ensayo y error, darme cuenta de mis limitaciones y afrontar las dificultades que planteaba la labor en el consultorio, hasta conseguir un estilo de trabajo propio que permita comprender de manera integral al ser

## El camino para ser psicólogo clínico

humano, considerando todas las aristas posibles, efectuando intervenciones pertinentes y revisando aquello que aún falta por aprender y mejorar. En adición a ello, cabe mencionar el cuidado ético que se dio en cada uno de estos procesos: confidencialidad de lo conversado, anonimato de los datos, procurar siempre el bienestar del consultante, aclarar los alcances y límites del espacio de evaluación o de acompañamiento.



## Referencias

- Alcantara, N. (2008). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima Perú.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta ed.)*. Arlington, VA: Publicación psiquiátrica americana.
- Anez, L. & Paris, M. (1999). Cuestionario de Experiencias Deprimidas: Versión en español. Unpublished Manuscript.
- Baron, A., Evangelou, M., Malmberg, L., & Melendez-Torres, G. (2017). The Tools of the Mind Curriculum for Improving Self-Regulation in Early Childhood: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews 2017, 10*. Campbell Collaboration.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2006). Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición. Buenos Aires, Paidós.
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383–389.
- Blatt, S. J., Zohar, A. Quinlan, D., Zuroff, D. & Mongrain, M. (1995) Subscales Within the Dependency Factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment. 64* (2) 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402\_11
- Brenlla, M. & Rodríguez, C. (2006). Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En: Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición. Buenos Aires: Paidós
- Buenaño Cadena, J. J. (2012). Eficacia de la musicoterapia como técnica psicoterapéutica para la eliminación de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, en el período de enero del 2010 a junio del 2010.
- Campo, L. (2010). Relación entre el desarrollo personal social y los procesos evolutivos vinculados con el aprendizaje escolar en las áreas del lenguaje y la cognición. *Psicogente, 13*(23), 88-99.
- Canadian Psychiatric Association (2006). Clinical Practice Guideline Management of Anxiety Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*; vol. 51, n°2, pp. 15-915.

- Carmody, D. & Lega, L., (2004). Características psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II. Versión en Español. Recuperado de la web el 14 de Junio del 2009: <http://www.umdj.edu/iscdweb/psicologiaconductual2004.pdf>
- Carranza, R. (2011). Propiedades psicométricas del inventario de Beck para universitarios de Lima. Tesis para optar el título en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Castañeda, A. (2006). La importancia del sentido de la vida y la logoterapia en la organización. Universidad de la Sabana.
- Chóliz, M. (2000). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España.
- Consejo de Salubridad General (2010). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México; Secretaría de Salud.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Delgado, B. (2009). *Psicología del Desarrollo, desde la infancia hasta la vejez*. España: McGRAW-HILL.
- Dougher, M. & Hackbert, L. (1994). A behavior analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., Fabes, R., Reiser, M., Cumberland, A., & Shepard, S. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development*, 75, 25-46.
- Ellis, A. (2003). Manual de Terapia Racional Emotiva, Editorial Desclée.
- Escobar, M. (2015). Influencia de la interacción alumno-docente en el proceso enseñanza-aprendizaje. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, (8).
- García, J. (2012). La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. *Educación*, 36 (1).
- García, A. & Ferreira, M. (2005). La convivencia escolar en las aulas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 163-183.
- Gargurevich, R., Luyten, P. & Corveleyn, J. (2006). The Psychometric Properties of the Depressive Experiences Questionnaire in Peru. Manuscript in preparation
- Gutiérrez, M. (2015). *Programa de intervención sobre las emociones para alumnado de segundo ciclo de educación infantil*. Universidad de Granada

- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 44, pp. 1-25. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- Hayes, S. C. Villatte, M. Levin, M. & Hildebrant, M. (2015). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141– 168
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2018). *Terapia Dinámica Interpersonal Breve, Guía Clínica*. Editorial Mediterráneo.
- Luciano, M. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luengo, R., Rapado, M. & Fraguas, D. (2018). *Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. Habana: Cultural.
- Melipillán R., Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. En: *TERAPIA PSICOLÓGICA 2008*, Vol. 26, N° 1,59-69
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1981a). *Disorders of personality. DSM-III: Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1998). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II. Adaptación española Ávila- Espada*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10
- Mollo, P. & Puig, C. (s/f). El vínculo docente-alumno, ¿ influye en el aprendizaje?  
Recuperado de

<http://files.biblioifddelacosta.webnode.com.uy/200000633-0ad6a0cd0e/ProyectoMollo-Puig.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=>

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. Recuperado de <http://www.ceum-morelos.edu.mx/libros/libropsicologia.pdf>

Penley, J., Wiebe, J., Nwosu, A. (2003). Psychometric Properties of the Spanish Beck Depression Inventory–II in a Medical Sample: En: *Psychological Assessment* 2003, Vol. 15, No. 4, 569–577

Perkins, S., & Graham, S. (2012). Violence Exposure and the Development of School-Related Functioning: Mental Health, Neurocognition, and Learning. *Aggression and violent behavior*, 17(1), 89–98. doi:10.1016/j.avb.2011.10.001.

Powers, M., Zum Vörde Sive Vörding, M. & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom*;78:73-80. doi: 10.1159/000190790

Querol, S. & Chaves Paz, M. (2005). Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación. 1a. ed. 2a. reimp, Buenos Aires.

Reyes-Ticas, J. (2005). Trastornos de Ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Honduras, Edit. Pfizer.

Robles, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(1), 29-34

Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

Rodríguez, E. & Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, vol. 4 (2), pp. 71-78.

- Romero, E. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ross, T., & Fontao, M. (2008). The Relationship of Self-Regulation and Aggression: An Empirical Test of Personality Systems Interaction Theory. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 52(5), 554–570. doi: 10.1177/0306624X07308667
- Sánchez, R. (2016). *Representaciones del self y dimensiones depresivas anaclítica e introyectiva en estudiantes de una universidad privada*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. En: *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Solis, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Tataje, A. (2014). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Vásquez, M. (2010). *Mejorar la conducta infantil*. Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social
- Whitebread, D., & Basilio, M. (2012). The emergence and early development of self-regulation in young children. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 16(1), 15-34.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.
- Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1- 2), 65-72. DOI: 10.1080/00223891.1990.9674047.

## Apéndices

### Apéndice 1. Datos del Centro de Práctica Pre-Profesional

Una Municipalidad de Lima Metropolitana - Gerencia de Desarrollo Humano

- a. Rubro/área del centro de práctica: Subgerencia de salud, bienestar y deportes - servicio de atención psicológica.
- b. Nombre y cargo/puesto del/la supervisor/a de práctica:
  - Oscar Plasencia Ramos (Licenciado en psicología, coordinador del área de psicología de la Municipalidad).
  - Jacqueline Susan Travezaño Huamán (Licenciado en psicología, coordinadora del área de psicología).
- c. Período de la práctica: 15 de julio del 2019 al 15 de marzo del 2020
- d. Competencias desarrolladas
  - Competencias específicas: Son las relacionadas con aspectos técnicos directamente relacionados a la ocupación en él.

Competencias específicas	Indicador de logro
1. Evaluación y diagnóstico descriptivo	1.1. Usa técnicas de entrevista y observación de acuerdo al caso, reconociendo indicadores diagnósticos relacionados a la salud mental según CIE-10. 1.2. Conoce el marco teórico de pruebas psicológicas y las aplica adecuadamente según el caso. 1.3. Evalúa de acuerdo a un marco teórico de la teoría psicodinámica.
2. Acompañamiento terapéutico	2.1. Define correctamente términos relacionados al acompañamiento terapéutico. 2.2. Reconoce los componentes y características de la personalidad, afectividad, familia, organicidad e inteligencia. 2.3. Reconoce los criterios para interconsulta o derivación. 2.4. Brinda una explicación clara del informe psicológico al usuario, detallando sus recursos, resultados de evaluación por área y variables



	que influyen en su problemática, así también, los objetivos del acompañamiento terapéutico. 2.5. Conoce el marco teórico desde el cual abordará las sesiones con el usuario que llegue a consulta.
3. Participación en actividades relacionadas a la investigación	3.1. Registrar datos estadísticos relacionados a la atención de usuarios que asisten al servicio de psicología de la Municipalidad.
4. Diseño e implementación de programas preventivo-promocionales	4.1. Participar en campañas de salud organizadas por la sub gerencia de Salud, Bienestar y Deportes. 4.2. Participar en el diseño de un taller dirigido a varones para la prevención de la violencia contra la mujer.

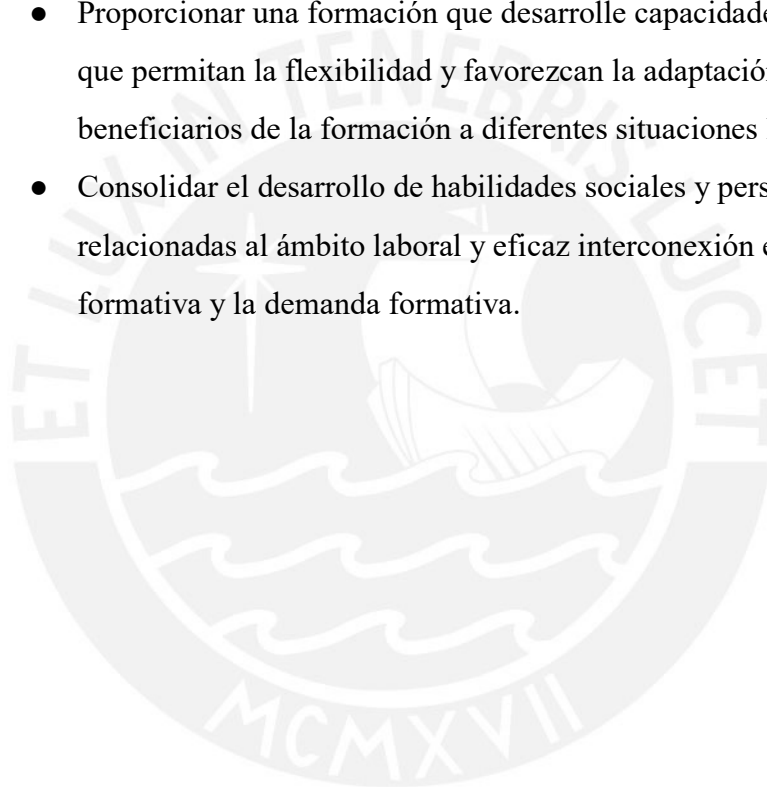
- Competencias genéricas o transversales: Relacionadas a los comportamientos y actitudes laborales propios que el beneficiario desarrollará en la actividad formativa laboral. Por ejemplo: Trabajo en equipo, comunicación, etc.

Competencias genéricas/transversales	Indicador de logro
1. Comunicación asertiva	1.1. Expresiones claras y asertivas en el desempeño diario.
2. Trabajo en equipo	2.1. Disposición y colaboración en las actividades asignadas dentro del equipo de psicología o en coordinación con otras áreas
3. Tolerancia a la frustración	3.1. Adecuado manejo de sus emociones
4. Empatía	4.1. Adecuado trato con los usuarios y compañeros de trabajo

e. Características del Centro de Práctica:

- Población que atiende/ Público objetivo: Atención a los vecinos de la Municipalidad y otros beneficiarios (Personas referidas de la oficina de DEMUNA, OMAPED, Adultos mayores).
- Actividades que desarrolla:
  - Evaluación, diagnóstico descriptivo y acompañamiento terapéutico.

- Participación en actividades preventivo/promocionales.
  - Participación en actividades relacionadas a la investigación
- Misión y visión (Objetivos del plan):
- Coadyuvar a una adecuada y eficaz interconexión entre la oferta formativa y la demanda en el mercado de trabajo.
  - Fomentar la formación y capacitación laboral vinculada a los procesos productivos y de servicios, como un mecanismo de mejoramiento de la empleabilidad y de la productividad laboral.
  - Proporcionar una formación que desarrolle capacidades para el trabajo, que permitan la flexibilidad y favorezcan la adaptación de los beneficiarios de la formación a diferentes situaciones laborales.
  - Consolidar el desarrollo de habilidades sociales y personales relacionadas al ámbito laboral y eficaz interconexión entre la oferta formativa y la demanda formativa.



## Apéndice 2. Certificado de Finalización de Prácticas Pre-profesionales

### Constancia de Finalización de Práctica Pre Profesional

Nombre completo del/la alumno/a	Fernando Cuba Villanueva	Fecha de emisión:	02/04/2020
		Fecha de inicio:	15/07/2019
Número de horas acumuladas	+560	Fecha de fin:	15/03/2020
Calificación (0-20)	20		

#### Funciones realizadas:

Fernando ha desempeñado dos periodos académicos de prácticas en la Municipalidad, en funciones de entrevista, evaluación y acompañamiento psicoterapéutico, en casos derivados por el área de DEMUNA, además de prestar su presencia como psicólogo en algunas conciliaciones. También ha realizado atenciones de consultas particulares, solicitados por los vecinos. Del mismo modo, ha brindado talleres de Gimnasia mental y crecimiento personal dirigidos a personas adultas mayores, en los centros de encuentro vecinal, así como talleres en el área de OMAPED.

#### Apreciación cualitativa del desempeño:

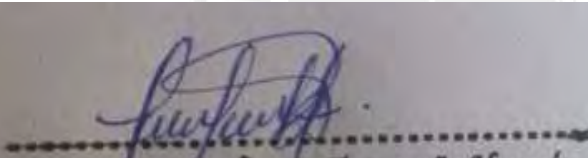
En cuanto a su desempeño de formación profesional, ha mostrado actitud ética y comprometida con el bienestar de los usuarios. Se percibe en Fernando un alto nivel de responsabilidad y compromiso para la intervención en los distintos casos, tanto en la atención individual como en los talleres ofrecidos a las personas con discapacidad intelectual y adultos mayores. Además es notable su interés de mejora en su desarrollo de aprendizaje como futuro

El camino para ser psicólogo clínico

psicoterapeuta, buscando información oportuna para la intervención en las supervisiones brindadas por la Municipalidad y la PUCP. Así también ha mantenido su proceso psicoterapéutico, considerándolo importante no sólo para sí mismo como parte de un crecimiento personal, sino también para su desempeño dentro del Servicio de Psicología.

Sobre el desempeño técnico, ha mostrado destrezas para abordar los casos clínicos e identificar los signos y síntomas, obteniendo el diagnóstico oportuno en los pacientes; así mismo, hace uso de los instrumentos psicológicos de forma correcta para apoyar en los resultados de las evaluaciones. Cabe mencionar que Fernando posee empatía, capacidad de introspección, apertura mental, habilidad para comunicar con respeto, sensibilidad y la sencillez para buscar su constante crecimiento en el campo de la psicología clínica.

Se resalta, que mantiene apertura para adquirir nuevos conocimientos en otras teorías psicoterapéuticas, sin embargo, su intervención mantiene la orientación psicodinámica: adapta la teoría a la experiencia de cada usuario, buscando la sanación psicoterapéutica.



Ψ Jacqueline S. Travezaño Huamán  
Lic. en Psicología  
C.Ps.P. 26413

**Firma del/la supervisor/a del Centro de Prácticas**

**Apéndice 3. Rúbricas para la calificación del Trabajo de Suficiencia Profesional**

El o la estudiante da cuenta de su participación en procesos de:

COMPETENCIA DE LA CARRERA		Criterios en base a Resultados de Aprendizaje	No logrado	Logro mínimo esperado	Logrado	Logro Destacado	ACTIVIDAD DE EVALUACIÓN: INFORME FINAL DE PRÁCTICAS
D I A G N O S T I C A	Diagnostica, utilizando ética y responsablemente, métodos apropiados para el recojo de información y el análisis de necesidades que conduzcan a la comprensión de un fenómeno, de modo que se propongan y comuniquen las alternativas de solución que propicien el bienestar de las personas y/o instituciones, para orientar la toma de decisiones. Implica el desarrollo de una actitud crítica personal y la capacidad de exponer su	(i) Diseña un proceso de diagnóstico considerando las bases conceptuales y los factores contextuales pertinentes a la problemática de interés. (DA5 al DA12, DA15) (*)	El estudiante desconoce o confunde modelos epistemológicos, teóricos y metodológicos, así como bases conceptuales e indicadores de los procesos biológicos, evolutivos, cognitivos afectivos y/o sociales durante el proceso de comprensión psicológica de un determinado fenómeno.	El estudiante identifica parcialmente los modelos epistemológicos, teóricos y metodológicos, así como bases conceptuales e indicadores de los procesos biológicos, evolutivos, cognitivos afectivos y/o sociales necesarios para la comprensión psicológica de un determinado fenómeno.	El estudiante distingue modelos epistemológicos, teóricos y metodológicos, así como bases conceptuales e indicadores de los procesos biológicos, evolutivos, cognitivos afectivos y/o sociales para la comprensión psicológica de un determinado fenómeno.	El estudiante integra coherente y pertinentemente modelos epistemológicos, teóricos y metodológicos, así como bases conceptuales e indicadores de los procesos biológicos, evolutivos, cognitivos afectivos y/o sociales para la comprensión psicológica de un determinado fenómeno. Además puede asumir una posición crítica sobre los modelos y su aplicabilidad, identificar incompatibilidades conceptuales o metodológicas y/o integrar información complementaria.	
		(ii) Recoge información válida y de rigor sobre el fenómeno de acuerdo al proceso de diagnóstico diseñado.	El estudiante construye o selecciona sin criterios de rigor, pertinencia y/o sin respetar los principios y lineamientos éticos, los instrumentos (observación, registro de conducta, entrevista, encuesta, entre	El estudiante, respetando los principios y lineamientos éticos, selecciona o construye instrumentos (observación, registro de conducta,	El estudiante construye o selecciona instrumentos (observación, registro de conducta, entrevista, encuesta, entre otros) con fines de medición,	El estudiante innova al construir o seleccionar instrumentos (observación, registro de conducta, entrevista, encuesta, entre otros) a través de la combinación de técnicas de manera creativa y rigurosa, para llegar a una comprensión profunda de los	

## El camino para ser psicólogo clínico

	trabajo al juicio crítico de otros.	(DA1 al DA4) (*)	otros) con fines de medición, descripción o explicación de fenómenos psicológicos.	entrevista, encuesta, entre otros) que miden, describen o explican de manera parcial fenómenos psicológicos.	descripción o explicación de fenómenos psicológicos, respetando los principios y lineamientos éticos.	fenómenos psicológicos, respetando los principios y lineamientos éticos.	
		(iii) Integra la información recolectada, plantea conclusiones pertinentes al objetivo del diagnóstico y las comunica. (DA13 al DA14) (*)	El estudiante redacta un reporte del proceso diagnóstico, a partir de la evaluación y/o medición de un fenómeno, con descripciones incompletas, incoherentes o insuficientes y plantea conclusiones y recomendaciones sesgadas según los objetivos.	El estudiante redacta un reporte del proceso diagnóstico, a partir de la evaluación y/o medición de un fenómeno, el cual integra parcialmente la información recogida, y plantea conclusiones y recomendaciones incompletas. Sin embargo, reconoce algunos alcances y limitaciones del proceso.	El estudiante redacta un reporte del proceso diagnóstico, a partir de la evaluación y/o medición de un fenómeno, el cual integra la información recogida, y las conclusiones y recomendaciones planteadas según los objetivos. Además, reconoce los alcances y limitaciones del proceso.	El estudiante redacta un reporte del proceso diagnóstico que integra de manera comprehensiva la información recogida, y plantea conclusiones y recomendaciones que reflejan una comprensión profunda del fenómeno psicológico y aportan a soluciones posibles y pertinentes. Además, reconoce los alcances y limitaciones del proceso.	
<b>I N T E R V I E N E</b>	A partir del diagnóstico de la problemática identificada, interviene, elabora y pone en marcha un plan de acción pertinente (objetivos, procedimientos, selección de técnicas e instrumentos	<b>ITA 16</b>	No logra diseñar y/o ejecutar un plan de acción pertinente al diagnóstico de la problemática identificada.	Diseña un plan de acción que no cumple con los estándares mínimos, ya que presenta errores de formato, contenido y coherencia en sus partes (objetivos, procedimientos, selección de técnicas e instrumentos o plan de evaluación),	Diseña y ejecuta un plan de acción que contempla objetivos, procedimientos, selección de técnicas e instrumentos, así como un plan de evaluación acorde a la problemática identificada. (Dicho plan se orienta al desarrollo y/o recuperación del bienestar y creatividad personal,	Diseña y ejecuta un plan de acción que contempla objetivos, procedimientos, selección de técnicas e instrumentos, así como un plan de evaluación acorde a la problemática identificada. (Dicho plan se orienta al desarrollo y/o recuperación del bienestar y creatividad personal, institucional o comunitaria)	

## El camino para ser psicólogo clínico

<p>y un plan de evaluación) para la alternativa de solución elegida. Dicho plan debe orientarse al desarrollo y/o recuperación del bienestar y creatividad personal, institucional o comunitaria. En la propuesta de intervención se aplicará un enfoque de promoción o de prevención en sus distintas modalidades. Además, se considerarán los impactos psicológicos, sociales y ambientales para una acción responsable. Todo lo anterior implica el desarrollo de una actitud crítica personal y la capacidad de exponer su trabajo al juicio crítico de otros.</p>			<p>además no verifica que el plan atienda a las necesidades o problemas identificados de manera ética y responsable. Tiene dificultades para poner en marcha el plan de acción.</p>	<p>institucional o comunitaria) Al ejecutar las actividades o acciones de intervención considera el impacto psicológico, social y ambiental.</p>	<p>Al ejecutar las actividades o acciones de intervención considera el impacto psicológico, social y ambiental, y verifica que éstas atiendan a las necesidades o problemas identificados, proponiendo mejoras para el diseño y ejecución.</p>	
	<p>No logra identificar ni articular los objetivos a considerar para la elaboración de un proyecto profesional</p>	<p>Logra identificar los objetivos a considerar para la elaboración de un proyecto profesional, pero no los articula según sus necesidades o con las del centro de práctica. Solo algunas de ellas han sido analizadas a profundidad.</p>	<p>Evalúa su proyecto personal de desarrollo profesional e introduce las mejoras necesarias para satisfacer de manera equilibrada tanto las necesidades propias, como las del centro de práctica en concordancia con las demandas del entorno. Aborda los temas con suficiente profundidad.</p>	<p>Fundamenta los objetivos de su proyecto profesional y atiende de manera coherente sus propias necesidades, las del centro, así como las demandas del entorno.</p>		
	<p>No logra establecer las etapas y tareas necesarias para la consolidación de su línea de carrera profesional.</p>	<p>Logra establecer las etapas y tareas para la consolidación de su carrera profesional bajo supervisión.</p>	<p>Identifica los objetivos a considerar para la elaboración de un proyecto profesional de manera autónoma, atendiendo de manera equilibrada tanto las necesidades propias, como las del centro de práctica en concordancia con las</p>	<p>Planifica de manera autónoma las etapas y tareas en su carrera profesional, en coherencia con los objetivos establecidos previamente.</p>		

El camino para ser psicólogo clínico

				demandas del entorno.		
		Se logra autoevaluar pero no es realista.	Exhibe dificultad para establecer metas realistas en su proyecto profesional, de acuerdo a sus características y necesidades.	Identifica las etapas y tareas necesarias para la consolidación de una línea de carrera profesional de manera autónoma, atendiendo de manera equilibrada tanto las necesidades propias, como las del centro de práctica en concordancia con las demandas del entorno.	El proyecto profesional incorpora ideas o tareas innovadoras, que responden a las demandas del entorno y el centro.	
	<b>ITA 11</b>					



## El camino para ser psicólogo clínico

E V A L Ú A	<p>Evalúa: implementa un plan de valoración y/o medición de la eficacia, eficiencia, efectividad y ética de la intervención considerando criterios e indicadores de logro tanto en el proceso, como en el producto y el impacto. Identifica las fortalezas y debilidades que permitan mejorar futuras intervenciones. Se rige por los principios de la ética de la profesión.</p>	EVA 4	<p>No logra diseñar y/o ejecutar un plan de evaluación en base a los elementos del contexto, conceptuales y metodológicos, de manera responsable y ética, y considerando criterios de logro acorde a los objetivos planteados.</p>	<p>Muestra ciertas dificultades para diseñar y/o ejecutar un plan de evaluación que considere los elementos del contexto, conceptuales y metodológicos, así como los criterios de logro acorde a los objetivos planteados. Redacta un reporte de evaluación, que presenta errores en la integración de los resultados del análisis de evaluación.</p>	<p>Diseña y/o ejecuta un plan de evaluación en base a los elementos del contexto, conceptuales y metodológicos, de manera responsable y ética, y considerando criterios de logro acorde a los objetivos planteados. Redacta un reporte de evaluación a partir de la integración de los resultados del análisis de evaluación.</p>	<p>Diseña y/o ejecuta un plan de evaluación en base a los elementos del contexto, conceptuales y metodológicos, de manera responsable y ética, y considerando criterios de logro acorde a los objetivos planteados. Redacta un reporte de evaluación, sugiriendo las necesidades de cambio a partir de la integración de los resultados del análisis de evaluación y propone lineamientos de mejora.</p>	

(\*) Los criterios (i), (ii) y (iii) fueron trabajados en dos talleres con docentes que aportaban a la competencia Diagnóstica, en coordinación con la Dirección de Estudios y la D.A.A. En el primer taller, se propuso elaborar criterios de evaluación más integradores y generales para evaluar la competencia. Se tomó como referencia la redacción del DX

**Apéndice 4. Enlace del Portafolio de Suficiencia Profesional**

[https://sites.google.com/d/1DwN9oHZGLt8FfUho7rRG8yQR89Tqynvr/p/1wFK\\_iAZVylEv15V9cpSF74ln7ZoJBydS/edit?pli=1&authuser=1](https://sites.google.com/d/1DwN9oHZGLt8FfUho7rRG8yQR89Tqynvr/p/1wFK_iAZVylEv15V9cpSF74ln7ZoJBydS/edit?pli=1&authuser=1)



## Apéndice 5

### Informe de General: Psicología y Violencia

#### *I. Ficha de datos del grupo objetivo*

- Institución donde se realiza la intervención: I.E. 7028 Marco A. Eschenone Oliva
- Rol en la institución educativa: equipo de facilitadores que diseñó y ejecutó la intervención
- Nivel y grado académico: 5to de primaria
- Número de personas que reciben la intervención: 37 alumnos
- Fecha de la intervención: 14/05/19
- Responsables de la intervención: Fernando Cuba y Jean Canevaro

#### *II. Planificación de la intervención*

##### 1. Planteamiento del problema acerca de la violencia escolar:

A partir de la sesión de diagnóstico se reportaron diferentes conductas asociadas a la violencia en el aula, las cuales fueron agrupadas en tres problemáticas principales. En primer lugar, se reconocieron diferentes elementos que comprenden la transgresión de límites, entre los cuales se destacaron la agresión verbal, la agresión física, la poca tolerancia a la frustración, entre otros. En segundo lugar, se identificó que las conductas de violencia dentro del aula podían guardar relación con la violencia doméstica, específicamente a los estilos de crianza, aprendizajes por observación, entre otras. Finalmente, fenómenos como el aislamiento o la exclusión constituyeron el tercer grupo de problemáticas.

En concreto, se consideró que la baja autorregulación emocional de los alumnos constituía la principal causa subyacente a los diferentes conflictos en el aula, problema que incide en su desenvolvimiento social en cuanto al poco cumplimiento de las normas de convivencia. En vista de la influencia que dicha habilidad tiene en la evolución de los alumnos como seres sociales, se consideró necesario intervenir de manera puntual y viable en función del nivel de desarrollo en el que se encuentran. De esta manera, se plantearon diferentes objetivos para cada una de las sesiones posteriores, los cuales estaban orientadas, respectivamente, a trabajar la identificación de las emociones y fomentar la capacidad de los

alumnos para autorregularse tanto dentro como fuera del aula, construyendo nuevas estrategias para alcanzar dicho fin.

## 2. Objetivos

Los objetivos se formularon en dos grupos. En cuanto a la intervención, se estableció como objetivo general comprender la importancia de regular adecuadamente las emociones. Para ello se establecieron objetivos específicos, tales como facilitar el reconocimiento de emociones asociadas a situaciones de la vida cotidiana, e identificar la relación entre las emociones y las normas de convivencia. Con respecto a los objetivos de la devolución, se propuso brindar material concreto a los alumnos que les ayude a autorregularse en su vida cotidiana. Con ello, se enseñó una técnica cognitiva para el registro emocional, y se construyeron alternativas conductuales para el manejo de las emociones.

## 3. Metodología de la intervención y devolución (Anexo 1 y 2)

En cuanto a la metodología utilizada para el presente trabajo, se pueden distinguir estrategias, actividades, procedimientos, instrumentos y materiales correspondientes a cada etapa. En otras palabras, esta serie de elementos se contemplan y diferencian según la sesión: intervención o devolución; no obstante, caben destacar ciertos recursos que por su naturaleza han podido ser utilizados en ambas sesiones.

En primer lugar, para ambas sesiones se creó un clima de confianza y cooperación. El rapport consistió en los saludos entre los alumnos y los facilitadores tanto dentro como fuera del aula. Asimismo, se hicieron preguntas generales sobre el estado de ánimo de ese momento, se recopiló la información que capturaron de las sesiones pasadas, y se introdujeron los temas a tratar a modo de la agenda del día. En adición a ello, al final de cada sesión se realizó una recapitulación de lo aprendido y se agradeció la participación.

En segundo lugar, se planearon utilizar diferentes dinámicas rompehielos e integradoras, con la finalidad de propiciar y afianzar el vínculo de confianza entre facilitador y participante a través del juego, así como relajar a los alumnos y, debido a la forma en cómo se llevarían a cabo, introducir o analizar las temáticas de las sesiones (más detalle en los anexos 1 y 2). En concreto, estas fueron el “Zip Zap Boing” y las “Palabras conectadas”. La relevancia de estas actividades yace en la creación de un clima motivacional en el aula, el cual permite a los estudiantes tomar importancia a la clase y, en consecuencia, se observen

actitudes o cambios conductuales acordes a la cooperación (Escobar, 2015; Mollo y Puig, s/f).

En tercer lugar, se realizó una técnica de respiración denominada “Respiración 444” con el objetivo de dar pautas de relajación que se puedan utilizar más adelante, así como para propiciar un clima de quietud y apertura ante la exploración emocional. Esta técnica adquiere valor dado que permite conducir al individuo que la experimenta desde un estado de posible inquietud, hasta un cambio favorable en la salud física y psicológica; cabe destacar la validez psicoterapéutica de este recurso (Chóliz, 2000).

En cuarto lugar, a través de la actividad principal planteada, se buscó que los estudiantes cuenten con una aproximación un tanto más profunda de las emociones y logren identificarlas en situaciones cotidianas. De esta forma, se buscó que los estudiantes tengan una educación emocional con el fin de que ellos se puedan conocer y, también a los demás (familia, docentes, compañeros de clases) buscando el respeto hacia sí mismo y a su entorno. A su vez, encontrar un desarrollo óptimo en su propia personalidad en búsqueda de una felicidad en su propia vida (García, 2011).

En quinto lugar, a partir de la actividad denominada “Conviviendo”, la cual no se llevó a cabo por tiempo, buscaba que los estudiantes relacionen las emociones con las normas de convivencia. De esta forma, se quería fomentar una buena armonía, respeto y la disciplina escolar que facilitan a la educación y permiten entender la existencia de un orden moral en el mundo. Así mismo, en búsqueda del bien común, con las normas de convivencia se promueve la ayuda en el autocontrol y autonomía de los estudiantes (García y Ferreira, 2005).

Ahora bien, con respecto a la devolución en concreto, se planearon técnicas cognitivas y conductuales con la finalidad de que los alumnos puedan hacer uso de estas, tanto a nivel personal y grupal, en función de identificar y regular sus emociones. Por un lado, la técnica “El Rastreador Psicológico” deriva del modelo ABC, planteado por Ellis (2003), utilizado en la Terapia Racional Emotiva Conductual.

En vista de que esta técnica puede adaptarse al grupo etario, se consideró pertinente instruir a los alumnos en este aspecto. Se les hizo mención de que, ante la situación A normalmente solemos despegar hacia la consecuencia C, que son nuestras emociones y comportamientos. No obstante, muchas veces estas comprenden reacciones afectivas bruscas y que nos hacen daño, por lo que resulta conveniente rastrear qué pensamientos tenemos y, a partir de ellos, poder cuestionarse si vale la pena pensar así o no.

En adición a ello, se creó junto con los alumnos una técnica conductual a la cual denominamos “Pastel de la Calma”. Esta consistía en elaborar una serie de estrategias para regular el comportamiento cuando nos sentimos muy abrumados. La aplicación de esta técnica encuentra su justificación en los diversos escritos de modificación de conducta para niños, dentro y fuera del aula (Vásquez, 2010). Gracias a la practicidad de este instrumento, se cumple el criterio de viabilidad, y debido a su naturaleza de construcción en conjunto se sitúa al alumno como un ser responsable y encargado de su entorno, es decir, un agente cambio.

Los instrumentos y materiales utilizados fueron plumones de pizarra, limpiatipo, hojas con las consignas, fragmentos de ideas principales de las emociones, 14 imágenes de rostros que expresaban emociones, 14 imágenes de situaciones cotidianas que despertaban emociones, cartulinas, plumones de cartulina, 37 cuadros impresos

### *III. Resultados de la intervención*

En virtud de comprobar la efectividad del taller se trazaron diferentes indicadores de logro. Referente a la sesión de intervención, se evaluó que los alumnos fueran capaces de reconocer eficazmente las emociones básicas (1); asociar las emociones a situaciones de la vida cotidiana (desarrollando sus respuestas) (2); reconocer las normas de convivencia dentro del aula (3); integrar en sus respuestas valores de respeto y amabilidad (4); y respetar el turno del otro para participar (5). Con respecto a la sesión de devolución, se verificó que los alumnos comprendieran cómo utilizar la técnica “Rastreador Psicológico” (1), así como que todos obtuvieran un ejemplar para llevárselo a casa (2); y se evaluó que el reconocimiento de diferentes estrategias para regular sus emociones y comportamiento (3).

En cuanto a los resultados de la intervención, se puede rescatar lo siguiente. En cuanto a la técnica de respiración, esta resultó viable y útil a corto plazo (5 minutos aproximadamente). Los alumnos mantuvieron la calma por un período corto de tiempo: les costaba seguir indicaciones como “cerrar los ojos” o encontraban el propio ritmo de la respiración muy agobiante. Después de perder el hilo de la actividad, regresaban a sus conductas habituales como jugar, conversar, etc. En este sentido, la respiración no ayudó a crear un clima de confort previo a la exploración emocional.

Con respecto al indicador de logro 1, los facilitadores se toparon con un alumnado que ya contaba con una distinguida familiarización hacia las emociones básicas y sus

significados. Ello contribuyó a que fuese más sencillo verificar este objetivo. Los estudiantes participaron activamente en el desarrollo de la dinámica de los rostros y se aseguró que el 90% de los que participaron acertaron tanto en identificar como en definir las emociones.

Algo similar ocurrió en relación al indicador 2. A pesar del atropello para participar antes que sus otros compañeros, los alumnos lograron asociar eficazmente las situaciones con emociones que eran de esperar le correspondiera. Por ejemplo, ante la situación “mi padre me grita” los alumnos asociaron emociones como tristeza o miedo, más no emociones como alegría o contempt. En este sentido, esta actividad cumplió una función más de la esperada. Lo que se había previsto era que los participantes hilaran situación-emoción y desarrollaran sus respuestas, pero a su vez permitió rastrear potenciales emociones desadaptativas, por ejemplo que ante la situación “mi padre me grita” un alumno la asociara con desprecio o cólera, sugiriendo una distanciación con las figuras de autoridad. Así no haya sido el caso, valía la pena comentarlo.

En cuanto a los indicadores de logro 3, 4 y 5, que correspondían a las dinámicas con 3 etapas, estos no pudieron cerciorarse, puesto que la actividad en sí no se dio. Al haber comenzado la intervención varios minutos después, ya que los alumnos se encontraban en un taller de sexualidad que los facilitadores no tenían conocimiento, el tiempo no alcanzó. En consecuencia, se optó por el juego de Zip Zap Boing para explorar el cumplimiento de normas y respetar el turno del otro. En concreto, los indicadores 3 y 5 pudieron contemplarse a grandes rasgos, resultando como no cumplidos.

En cuanto a los resultados de la devolución, se puede contemplar lo siguiente. Por una parte, la dinámica inicial no pudo ser llevada a cabo por motivos de tiempo. Al llegar a la institución, los alumnos se encontraban en el desarrollo de una asamblea que ocuparía gran parte del tiempo destinado para la presente sesión. En consecuencia, se evaluó la entrega del material concreto como más pertinente que desarrollar un juego.

Con respecto al cumplimiento del indicador 1 se pudo notar que, al ser un grupo tan amplio, la explicación del instrumento se topó con diversos obstáculos; entre estos destacan la constante distracción de los estudiantes, el nivel de complejidad del propio material y el poco tiempo para explicar su uso. No obstante, de los 36-37 alumnos presentes, 12 de ellos se acercaron al frente del salón a contribuir con la explicación del Rastreador Psicológico, de manera que lograron completar cada segmento del mismo con sus propias experiencias. En

este sentido, puede decirse que por lo menos el 33% de los estudiantes lograron aprender la técnica cognitiva.

En relación al indicador 2, al ser este únicamente la entrega de los Rastreadores personales, se cumplió al 100%. No obstante, cabe destacar que al finalizar la sesión los facilitadores encontraron 3-4 materiales en el piso, sucios y rotos, por lo que no se aseguró el posterior uso de este material por parte de los alumnos.

Ahora bien, el indicador 3 fue el que tuvo mayor rango de éxito. Al pedir la cooperación de los alumnos para completar el Pastel de la Calma, más del 80% levantaba la mano para participar; así tuvieran en mente una estrategia de regular el comportamiento que ya se hubiese dicho, los estudiantes se encontraban entusiasmados en acercarse a la cartulina y contribuir con lo que pudieran. Al finalizar esta devolución, facilitadores y alumnos colocaron el producto final en una sección del salón. No obstante, es necesario señalar que al término de esta sección se dio una gresca entre dos estudiantes varones, por lo que el aprendizaje y uso de las técnicas construidas para autorregularse no ha sido definitivo.

#### *IV. Conclusiones*

Los estudiantes ya contaban con un bagaje teórico sobre las emociones, así como normas de convivencia por cumplir en el salón; estos dos elementos suelen ser repasados con sus tutores mas no se experimentan como interiorizados. Esta intervención intentó abordar la autorregulación emocional y de comportamiento en favor de las normas de convivencia desde una perspectiva lúdica y, aunque existieron problemas para captar la atención de todo el alumnado, las estrategias si tuvieron cabida. Asimismo, cuando estos temas fueron tratados con mayor profundización, los alumnos mostraron un mayor interés. Estos dos elementos mencionados se prestan como indicativos para, en un futuro, desarrollar estrategias de autorregulación con los alumnos a manera de juegos, pero con características que los desafíen a pensar o solucionar problemas.

Por otra parte, se debe tomar en cuenta que la cantidad de estudiantes no favorecía al progreso del taller. En adición a ello, la ausencia de una figura habitual de autoridad (como la profesora o la directora) permitió observar en primera persona cómo las normas de convivencia no han sido interiorizadas. En este sentido, se considera pertinente explorar posibilidades de modificación de conducta que trasciendan el refuerzo y/o castigo.



Si bien los talleres no se desarrollaron como se esperaba, y aunque no todos los estudiantes se llevasen un impacto de los mismos, estas intervenciones han servido como un primer acercamiento a la realidad de estos alumnos en cuanto trabajar fenómenos asociados a la violencia. Es necesario resaltar que para los alumnos, el papel de los facilitadores no se limitó a ser universitarios que llevaron cierto material; en muchos casos, los alumnos contaron en privado problemas personales, pidieron consejos y el papel de contención de los encargados fue altamente valorado.

#### V. *Recomendaciones*

- Se considera necesario elaborar talleres con menor cantidad de estudiantes: se recomienda separar los salones en 3 grupos.
- Se piensa indispensable trabajar estas temáticas de manera lúdica pero con un contenido que desafíe a los estudiantes a pensar y solucionar problemas.
- Se considera necesario elaborar programas de modificación de conducta que trasciendan el refuerzo y castigo.
- Se cree oportuno que los talleres se desarrollen en un período no menor a 2 horas.
- Para garantizar el logro de los objetivos, las sesiones de intervención deben ser no menos de 8.
- El material entregado en las intervenciones debe asegurar su futuro uso quizás como obligatorio.

\*A partir de aquí es propiamente un informe de evaluación.

#### VI. *Evaluación de los objetivos de la intervención*

##### 1. *Objetivos de la intervención y de la devolución*

Con respecto a los objetivos de la intervención se puede destacar lo siguiente. Por un lado, se considera como un acierto el enfocar la disminución de los fenómenos de violencia en el aula a partir de la autorregulación emocional. Ello debido a que, en función a la naturaleza de la intervención, el momento de desarrollo evolutivo del alumnado y las capacidades de los facilitadores, este constructo permite abordar de manera práctica diversas situaciones detonantes de violencia, estados mentales problemáticos, patrones relacionales

poco funcionales y, en complemento, evalúa el nivel de desarrollo de habilidades para la vida. En concreto, la identificación de situaciones, pensamientos y emociones, sumados al desarrollo de competencias de autocontrol, constituyeron elementos viables para el trabajo gracias al bagaje teórico y técnico que lo respalda.

Sin embargo, intentar fomentar el desarrollo de normas de convivencia en el aula tuvo numerosas limitaciones. El principal obstáculo yace en el hecho de que esta temática ya ha sido tratada, y es recordada constantemente, con el alumnado por parte de la institución educativa, resultando la intención del presente trabajo repetitiva y tediosa para los estudiantes. Cabe destacar que una observación significativa al respecto resulta de que los alumnos, por más que ya conozcan las normas en el aula, solo las cumplen ante la presencia de una figura de autoridad como las profesoras o la directora, sugiriendo la no-interiorización de dichos acuerdos más allá del miedo al castigo.

Otra limitación surgió a raíz de la escasez de tiempo con el que se contó para trabajar. En este sentido, las dinámicas propuestas para cumplir el segundo objetivo específico, “Identificar la relación entre las emociones y las normas de convivencia”, no pudieron ser abordadas y por ende el cumplimiento del objetivo general se vio perjudicado.

Sobre los objetivos de la devolución, la naturaleza de carácter “asistencial” de estos puede ser catalogada como un acierto. En pocas palabras, devolver material concreto y enseñar a usarlo constituyó una buena herramienta para fomentar la autorregulación en la vida cotidiana de los alumnos, siguiendo un criterio de realidad, en cuanto viabilidad y recursos.

Asimismo, al ser las técnicas escogidas de corte cognitivo-conductual, adaptadas en función de la etapa evolutiva en la que se encuentran los estudiantes, se aseguró la confiabilidad de su utilidad, verificándolo en el impacto que tuvo en la sesión correspondiente. De igual manera, fomentar la capacidad de agencia de los niños al solicitarles que ayuden al equipo de intervención en cuanto el contenido de los instrumentos, resultó una gran ventaja para captar su atención y comprometerse con la tarea. Hubiese sido ideal capacitar a una docente para que los instruya por alguna pregunta sobre el instrumento que pueda surgir en el futuro.

## 2. Resultados

En cuanto a los resultados de la intervención, se puede rescatar lo siguiente. Acerca de la técnica de respiración, esta resultó viable y útil a corto plazo (5 minutos aproximadamente); no obstante, dada la fácil distractibilidad del alumnado, se perdió el ritmo y, en consecuencia, no ayudó a crear un clima de confort previo a la exploración emocional. El logro de los indicadores 1 y 2 se dio eficazmente debido al previo bagaje teórico con el que contaban los estudiantes y la capacidad que tenían para reconocer las emociones básicas. A ello se le sumó la fácil asociación de situaciones con emociones que eran de esperar le correspondiera. En cuanto a los indicadores de logro 3, 4 y 5, estos no pudieron cerciorarse, puesto que la actividad en sí no pudo tener lugar, por motivos ajenos al equipo de facilitación; siendo que los indicadores 3 y 5 pudieron contemplarse a grandes rasgos, estos resultaron como no cumplidos.

En consideración al cumplimiento de los indicadores de la devolución, se puede precisar lo siguiente. Por un lado, el indicador 1 decretó que el 33% de los estudiantes lograron aprender la técnica cognitiva. Por otro lado, el indicador 2 se cumplió al 100%, ya que solo consistía en la entrega del material; sin embargo, se pudo notar al final de la sesión que algunos de estos documentos se encontraban rotos o en el piso, por lo que su conservación no se aseguró al 100%.

Finalmente, el indicador 3 fue el que tuvo mayor rango de éxito. Al pedir la cooperación de los alumnos para completar el Pastel de la Calma, más del 80% levantaba la mano para participar; así tuvieran en mente una estrategia de regular el comportamiento que ya se hubiese dicho, los estudiantes se encontraban entusiasmados en acercarse a la cartulina y contribuir con lo que pudieran. Al finalizar esta devolución, facilitadores y alumnos colocaron el producto final en una sección del salón. No obstante, es necesario señalar que al término de esta sección se dio una gresca entre dos estudiantes varones, por lo que el aprendizaje y uso de las técnicas construidas para autorregularse no ha sido definitivo.

### 3. Recomendaciones

En primer lugar, se precisaría contar con un acercamiento más profundo a la realidad de los alumnos para fijar objetivos que abarquen los diferentes ejes en los que se manifiesta la violencia. En segundo lugar, para optimizar los resultados de aprendizaje se considera necesario elaborar talleres con menor cantidad de estudiantes: se recomienda separar los salones en 3 grupos, y que en cada uno de estos se encuentren 10 a 12 alumnos como máximo

(mixto). En tercer lugar, para la devolución de resultados se considera pertinente indicarle a los alumnos que el material entregado debe asegurar su futuro uso, quizás como carácter obligatorio.

## VII. *Funcionamiento de la metodología*

### 1. Resultados del uso de las estrategias y procedimientos

En primer lugar, en el diagnóstico se emplearon estrategias como lluvias de ideas y casos hipotéticos. Estas herramientas fueron de gran ayuda porque permitieron que los alumnos tengan una participación activa durante la dinámica al reconocer que los enfadaba o que les molestaba. Por un lado, se inició con las lluvias de ideas, la cual como estrategia de participación e involucramiento ayudó a conocer cada punto de vista de ellos. Por otro lado, seguido se dio los casos hipotéticos, en el cual los alumnos realizaron una pequeña presentación. A partir de lo mencionado, se vio un propio interés de ellos en involucrarse y reflexionar sobre lo que presentaban, lo cual permite mencionar que se obtuvieron resultados como reflexión e interés por querer hacer las cosas mejores, como ellos lo mencionaron. El orden de estas ayudó para la comprensión de los temas.

En segundo lugar, sobre la intervención, se empleó herramienta de relajación, la cual no tuvo grandes resultados, sin embargo, se vio un cambio de corto tiempo en sus conductas. En esta misma línea, debido al corto tiempo, se tuvo que apresurar las actividades, sin embargo, se logró seguir con el estilo reflexivo para las actividades propuestas. A partir de la presentación sobre el tema de las emociones, se logró explorar sus conocimientos sobre tal, ayudándolos a reforzar sobre el tema, ya que los manejaban con anterioridad.

Finalmente, el tiempo fue un factor en contra. Por ejemplo, en el diagnóstico solo hubo 50 minutos desde que se inició y no permitió realizar con mayor amplitud las reflexiones finales. Sin embargo, se logró ver que las estrategias relacionadas a mantener a los alumnos con dinámicas, involucrándolos en cada tarea, hizo que su participación sea constante.

### 2. Resultados del uso de los instrumentos y materiales

En primer lugar, se logró que los alumnos identifiquen sus emociones. Fue de gran ayuda los conocimientos previos que manejaban. Así mismo, con estos conocimientos se

logró aclarar ciertas dudas como diferencias entre sentimiento y emoción. Por lo tanto, en ellos se consolidó el tema de las emociones y su identificación a través de la presentación de diversas emociones.

En segundo lugar, se empleó un instrumento de orientación cognitiva denominada el Rastreador. En esta se buscó que los estudiantes identifiquen emociones y las sitúen en tres momentos: la situación, la reacción y la consecuencia. Se logró que los alumnos puedan emplear las emociones en estos 3 momentos ayudándolos en el desarrollo de la vida cotidiana. Así mismo, se empleó un instrumento conductual denominada “El pastel de la calma” el cual permitió lograr que los estudiantes reconozcan situaciones que los llevaré a una estabilidad emocional como la tranquilidad.

Finalmente, los materiales empleados a lo largo de las visitas no han sido de mucha inversión, lo cual tiene un presupuesto bajo. Entre ellos se tuvo hojas impresas con las caras para la sección de emociones, la ruleta que se dejó a los estudiantes y los casos hipotéticos. Todos lograron con su fin de facilitadores para el desarrollo del tema haciendo la participación más dinámica y participativa.

### 3. Recomendaciones

Ante todo, la lógica del proyecto debería ser replanteada para incluir más sesiones (8 mínimo). Esto en función de que las estrategias que podrían utilizarse contarían con más días para trabajarse y asegurar el aprendizaje. En cuanto a la fase diagnóstica, la utilización de instrumentos cuantitativos que midan la prevalencia o magnitud de fenómenos de violencia en la vida de los niños, así como escalas de autorregulación emocional, hubieran constituido un significativo marco de referencia confiable para tener un panorama más claro de la situación. Asimismo, la implementación de técnicas como entrevistas semiestructuradas para la recopilación de las narrativas del alumnado sería esencial para la comprensión fenomenológica de la problemática. En cuanto a la intervención, se considera necesario establecer un horario determinado no menor a 2 horas para poder desarrollar las sesiones, para de esta manera desarrollar con mayor tranquilidad las actividades. En adición a ello, la presencia de la docente hubiese sido necesaria para manejar a un público de estudiantes con dificultad para cumplir las normas de convivencia.

## VIII. *Incidencias y resultados no deseados*

Durante el desarrollo de las 3 sesiones los alumnos constantemente buscaban fomentar el desorden a través de no seguir indicaciones, poner sobrenombres, moverse sin parar, hablar fuera de turno, entre otros. Por mayor que fue el intento de calmar la situación, esta escapó del control de los facilitadores.

Por otra parte, al finalizar la sesión de devolución se dio una afrenta que involucró golpes e insultos entre dos niños, terminando uno de estos llorando. No obstante, esto no pasó a mayores, se dio la contención del caso y se intentó conciliar a las partes.

Una vez llegados al cúlmen de la sesión, los alumnos reiteraron numerosas veces el deseo por tener más intervenciones. Si bien esto debe tomarse en consideración con la edad del grupo y, entre otros aspectos, las intervenciones suelen ser tomadas como “oportunidad para perder clases”, cabe destacar el buen vínculo que se creó entre todos. Por otro lado, algunos alumnos mostraron alto grado de afecto hasta las expresiones de lágrimas y abrazos.

#### *IX. Temas pendientes en el trabajo de intervención*

A partir de las sesiones se pudieron rescatar diferentes temas, demandas y exigencias por parte del grupo objetivo que no pudieron ser abordadas por motivos de tiempo, cantidad de sesiones o experticia de los facilitadores. Entre los temas que surgieron, y no pudieron ser tocados, destacó como principal y más alarmante la violencia física en el hogar. Al ser este un tema tan amplio y que abarca actores diferentes a los niños, resultaría oportuno realizar evaluaciones individuales y un acompañamiento de casos. Por otra parte, los alumnos no estuvieron conforme con la manera cómo se desarrollaron las actividades: constantemente exigían que sean más lúdicas o que se utilice un espacio más amplio. En relación a ello, sería ideal enfocar futuras intervenciones en la capacidad para postergar la gratificación.

#### *X. Bibliografía*

Chóliz, M. (2000). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración.

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España.

Ellis, A. (2003). Manual de Terapia Racional Emotiva, Editorial Desclee

El camino para ser psicólogo clínico

Escobar, M. (2015). Influencia de la interacción alumno-docente en el proceso enseñanza-aprendizaje. Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad, (8).

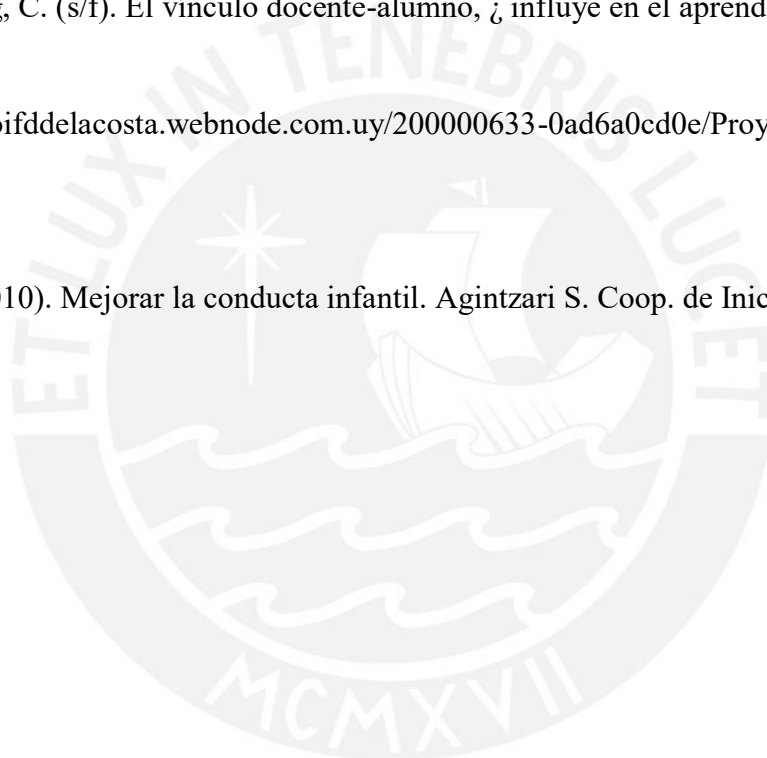
García, J.(2012). La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. Educación, 36(1).

García, A. & Ferreira, M. (2005). La convivencia escolar en las aulas. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 163-183.

Mollo, P. & Puig, C. (s/f). El vínculo docente-alumno, ¿ influye en el aprendizaje?

Recuperado de <http://files.biblioifddelacosta.webnode.com.uy/200000633-0ad6a0cd0e/ProyectoMollo-Puig.pdf>

Vásquez, M. (2010). Mejorar la conducta infantil. Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social



## SESIÓN 2 - Intervención

**OBJETIVO GENERAL:** Comprender la importancia de regular adecuadamente las emociones.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Facilitar el reconocimiento de emociones asociadas a situaciones de la vida cotidiana.
- Identificar la relación entre las emociones y las normas de convivencia.

**Presentación:** Los encargados del grupo saludarán a los alumnos, se volverán a presentar y presentarán a la nueva integrante (de apoyo). Posteriormente se les preguntará a los alumnos si recuerdan lo realizado la sesión pasada, y se prosigue a explicar lo que se hará ese día.

**Respiración y estiramientos:** Se le solicita a los alumnos mover las carpetas a los extremos del salón para poder utilizar el espacio del centro. Una vez el ambiente es idóneo, alumnos y facilitadores se colocan en una ronda y se comienzan a explicar las pautas para la actividad.

**Facilitador:** “Ahora, nos sacudimos un poco, y nos quedamos quietos donde estamos!

Ponemos las manos en nuestros costados, a la altura o un poco más abajo de nuestras costillas. Cerramos nuestros ojos y nos relajamos. Y nos concentramos en nuestra respiración...siente como el aire entra y sale de tu nariz. Siente cómo se hincha a los lados tu cuerpo. Siente cómo se relaja tu cuerpo, tu cabeza, mandíbula, cuello, hombros y brazos...tu pecho, cadera, cintura, piernas, tus pies. Sigamos respirando (duración: aprox 2 minutos)  
Poco a poco abrimos los ojos y bajamos nuestras manos.

La respiración es muy importante para todos, porque nos da vida. Ser conscientes de nuestra respiración nos puede ayudar cuando nos sentimos mal, o tristes, o estresados, o muy emocionados. Ahora, queremos mostrarles una respiración especial y que nos va ayudar a relajarnos y sentirnos mejor, llamada la respiración 444.



El camino para ser psicólogo clínico

**Respiración 444:** Consiste en que vamos a tomar aire suavemente por la cuenta de 4...luego, voy a retener el aire contando hasta 4, así...y luego, voy a botarlo contando hasta 4 también, por la boca. Esperamos un momentito, y repetimos. ¿Ahora lo hacemos todos?

Muy bien, cerremos nuestros ojos, manos al costado, y nos concentramos.

Respira 1,2, 3, 4 ... .retén 1 2 3 4, bota 1 2 3 4...Y nuevamente... (facilitador les guía unas 5 veces)

Ahora, abrimos los ojos. He visto que lo han hecho muy bien. Alguien me quiere decir cómo se sintió?

### **Movimiento y respiración**

1. Ahora, nos tomamos todos de las manos. Vamos a hacer la misma respiración, pero tomándonos las manos y alzándolas hacia arriba a la cuenta de 4 cuando respiramos ...luego retenemos el aire por 4...y las bajamos en 4.
2. Recuerden hacerlo suave, estén atentos de sus compañeros, porque ahora lo estamos haciendo en grupo.
3. Ahora, ¡empezamos! respiramos y alzamos. .1234...retenemos 1234, botamos 1234...Ahora, ustedes solos.
4. (facilitador permite que lo hagan unas 5 veces)
5. Muy bien! Eso es todo. Lo han hecho excelente!!

Actividad central:

1. ¿Qué es una emoción?

Una vez acabada la actividad, los facilitadores indican a los niños conservar la ronda; acto seguido, un encargado se levanta y le pregunta a los alumnos si conocen lo que es una emoción. Se invita a los alumnos a participar, que brinden sus ideas para construir una definición en conjunto. El otro encargado escribirá las ideas principales en la pizarra

- En caso los alumnos no sepan o no quieran participar, se dará la palabra adrede; si desconocen lo que es, se pasará a la introducción del tema.

Una vez acabada la lluvia de ideas, un encargado entregará papeles a algunos alumnos para que lean diferentes fragmentos de qué define las emociones, y se les invita a que lo compartan con el grupo. Los papeles tendrán anotaciones como:

## El camino para ser psicólogo clínico

- “Es una reacción a una situación determinada, a algo que nos ha ocurrido o algo que hemos vivido”
- “Puede generar sentimientos positivos o negativos, de bienestar o de malestar”
- “Es la manera en que las personas reaccionamos ante los sucesos de la vida cotidiana y el expresarlas”
- “Es señal de que algo es importante para nosotros y que no somos indiferentes a lo que nos rodea”
- “Las personas manifiestan sus emociones de forma diferente, además éstas se pueden expresar de diferentes maneras”
- “Las emociones que expresamos de manera positiva, deberíamos potenciarlas, ya que nos hacen sentir bien”
- “Las emociones que son expresadas de formas negativas, deberíamos evitarlas o controlarlas, ya que nos hacen sentir mal a nosotros mismos y a los demás”

## 2. Identificando

Luego de la introducción del tema, se les presentará a los estudiantes diferentes imágenes con rostros, los cuales expresan las emociones básicas: Alegría, Tristeza, Ira, Miedo, Sorpresa, Asco y Contempt. Se les pedirá a los alumnos identifiquen las nomenclaturas correspondientes y, de acertar, pasen a pegar el rostro en la pizarra.

Una vez acabada la diferenciación, se les presentarán a los alumnos diferentes situaciones de sus vidas cotidianas. Ante estas, se les solicitará que la asocien con una de las emociones previamente repasadas. Para agilizar el proceso, se pedirá a los alumnos que discutan con sus dos compañeros más próximos la respuesta y luego uno de ellos lo diga, de manera que se obtendrán 12 respuestas aproximadamente.

Las imágenes expondrán situaciones tales como un cuidador respondiendo a su hijo; un examen con una nota aprobatoria; un ladrón entrando a casa; entre otras, de manera que se exploren todas las emociones y no se repitan las situaciones.

## Conviviendo:

Se le comenta a los alumnos que, a modo de juego, los separaremos en 6 grupos (3 de niños vs 3 niñas) y tendrán que completar 3 etapas. El grupo con la mayor cantidad de puntos gana cada etapa. Aquel grupo que complete 2 etapas antes gana el juego. Cada etapa estará

## El camino para ser psicólogo clínico

liderada por 1 de los facilitadores. Las etapas se darán en simultáneo, organizadas en 3 áreas del aula.

La primera etapa consiste en hacer preguntas simples a los alumnos (las cuales sean de matemática básica y cosas por el estilo). El equipo que conteste 5 preguntas correctas gana. Solo se le otorga puntos a aquellos participantes que levanten la mano y no interrumpen a los demás. De incumplir las normas, se le restarán puntos.

La segunda etapa consiste en que los miembros de cada grupo se paren intercaladamente en un fila. El alumno debe pedir amablemente a su contrincante cumplir una norma del aula (por ejemplo: me gustaría que ordenes tu carpeta todos los días) y explicar cómo el que cumpla o no esa norma influye en su estado emocional (ej. pues me siento tranquila estudiando en un sitio ordenado/pues me molesta que la gente no sea ordenada). Se le da la indicación a uno de ellos para comenzar y se continúa sucesivamente. Pierde aquel concursante que no pide amablemente, aquel que no encuentra una norma para cumplir o aquel que no encuentra un motivo para cumplir la norma.

La tercera etapa consiste en que los miembros de un grupo lancen una palabra asociada al aula y una emoción, y el otro grupo construya una norma de convivencia. Aquel grupo que logre crear más normas de convivencia gana.

“Zip zap Boing”:

Se continuará con la aplicación del juego Zip Zap Boing para relajar a los alumnos de temas que puedan haberlos cansado o que puedan haber despertado contenido movilizante estresante. Consigna: “Vamos a jugar ZIP ZAP BOING ¿Conocen el juego? La indicación es muy fácil, el juego consiste en pasar la energía de una persona a otra. Cuando deseas pasar la energía a tu compañero del costado gritas ZIP y lo señalas con las manos. Cuando quieres pasar la energía a un compañero que está lejos de tí, lo miras directamente dices ZAP y lo señalas con las dos manos. Por último, cuando deseas rebotar la energía que un compañero te paso dices BOING y haces un salto. Recuerden que como estamos pasando energía debemos hacerlo rápido y sin pensar mucho” **EJEMPLO:**

[https://www.youtube.com/watch?v=r\\_3A2pHInCE](https://www.youtube.com/watch?v=r_3A2pHInCE)

Despedida:

El camino para ser psicólogo clínico

Los facilitadores realizan un cierre de lo trabajado en la sesión, agradecen la cooperación y avisan del próximo encuentro.



### SESIÓN 3 - Devolución

**OBJETIVO GENERAL:** Brindar material concreto a los alumnos que les ayude a autorregularse en su vida cotidiana.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Enseñar una técnica cognitiva para el registro emocional
- Construir alternativas conductuales para el manejo de las emociones

Rompehielos: Palabras conectadas:

Al iniciar la sesión, los encargados saludan a los alumnos y les comentan la naturaleza de esta última intervención. Con ello, se les pide muevan sus carpetas a los extremos del salón como la última vez y hagan un círculo en el centro sentados en sus sillas (la última vez las niñas nos aclararon que les era incómodo sentarse en el piso puesto que usan falda). Posteriormente, se dará inicio a la dinámica rompehielos: palabras relacionadas.

Consigna: “Conforme están sentados van a integrar grupos de a 5; cada grupo cuenta con 3 vidas. Esta actividad consiste en que uno de nosotros lance una palabra y los demás tienen que ir diciendo palabras que estén relacionadas (en el sentido de las agujas del reloj), por ejemplo: niño → colegio → profesor → educación → universidad; así sucesivamente. Si en algún caso la palabra no está relacionada (por ejemplo que alguien diga fruta) el equipo de esa persona pierde una vida. Al cabo de 3 rondas, los equipos con menos vidas pierden y aquellos que no perdieron vida pasan a la ronda final”.

Esta actividad cuenta con 3 elementos clave para la intervención. En primer lugar, no precisa moverse de sus sitios y procura que los alumnos presten atención a sus demás compañeros, fomentando así el orden y el respeto. En segundo lugar, naturalmente despertará una serie de emociones en los alumnos (ejemplo: alegría por ganar), sirviendo así de puente para explorar lo que experimentaron e hilarlo con lo visto la segunda sesión. En tercer lugar, y en relación con lo anterior, permitirá a los encargados observar concretamente las maneras de autorregularse ante situaciones de frustración, dando pie al material de devolución que se ha planeado.

*Técnicas cognitivas y conductuales de autocontrol para niños:*

## 1. El Rastreador Psicológico

Les preguntamos a los alumnos si recuerdan cómo en la sesión pasada vimos que diferentes situaciones desencadenan emociones que a veces nos cuesta manejar y les pedimos que den un par de ejemplos concretos. Una vez estamos en sintonía, se extiende sobre el centro del círculo un papelógrafo, el cual tendrá un cuadro llamado “El Escáner Psicológico”; dicho artefacto está dividido en 3 secciones: la situación, la reacción y la consecuencia.

Posteriormente, se les enseña a los alumnos a usarlo:

“Este artefacto los va a acompañar cada vez que se sientan en aprietos. Veamos cómo funciona. (El encargado pone un ejemplo). Ante la situación ‘X’ me suelo sentir de manera ‘A’, lo que me lleva a actuar de manera ‘Y’. Este es un escáner pues nos permite rastrear todo lo que pasa en mi cabeza, de manera que las cosas no están en el aire y puedo sentirme menos confundido al respecto.

Una vez los alumnos entienden cómo funciona, después de una serie de ejemplos escritos en el papelógrafo, se les hace entrega de “mini-escáneres psicológicos” para que puedan efectuarlo en sus vidas cotidianas.

## 2. Pastel de la calma

Como ya se cubrió la competencia de “evaluar”, ahora proseguimos con las soluciones. En un papelógrafo pegado en la pizarra se dibuja una redondela, dividiéndola en diferentes partes las cuales serán los “trozos del pastel”. En cada trozo pediremos que los alumnos propongan trucos para calmarse, dándole la palabra a aquellos que levanten la mano.

Consigna: “Bueno, como ya hemos aprendido a identificar lo que nos ocurre, ahora es turno de encontrar soluciones para sentirnos mejor. Que alternativas para no actuar como normalmente lo hacen”.

Una vez que el alumno diga su propuesta en voz alta, y de esta ser viable y efectiva, se le pedirá que la escriba o dibuje en el papelógrafo. De no ser una propuesta constructiva (por ejemplo que alguien proponga pegarle a un compañero para calmar su rabia), se orientará al grupo a pensar una propuesta que contribuya a una correcta autorregulación con

## El camino para ser psicólogo clínico

base en lo mencionado (siguiendo el mismo ejemplo, en vez de pegarle al compañero se puede sugerir apartarse e ir a dibujar una escena de acción o algo por el estilo).

Al estar el pastel de la calma terminado, se les comunica a los alumnos que al ser este un trabajo que hemos hecho en conjunto, nos parecería adecuado que se lo queden ellos y puedan tenerlo de referencia en el salón. A continuación, se les preguntará dónde deberíamos colocar el pastel y lo hacemos.

Cierre: Se les pregunta a los alumnos que hemos aprendido, integrando la información. Se les agradece por su cooperación y nos despedimos.

