

**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO**

**AMÉRICA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Informe de Práctica Profesional Supervisada**

**en Psicología Clínica realizada en el**

**Área de Salud Alajuela Norte, Clínica Marcial**

**Rodríguez Conejo**

**TUTORA DE PRÁCTICA**

**MSc. Rosa Elena Zúñiga Salazar**

**ESTUDIANTE**

**Joscelyn Soto Berrocal**

**ALAJUELA, COSTA RICA**

**Agosto, 2018**

## Contenido

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Informe de Práctica Profesional Supervisada en Psicología Clínica realizada en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo en Alajuela</b> .....	5
<b>Descripción de la institución</b> .....	6
<b>Reseña Histórica de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo</b> .....	6
<b>Visión</b> .....	10
<b>Misión</b> .....	10
<b>Recursos</b> .....	10
<b>Objetivos</b> .....	11
<b>Objetivo general</b> .....	11
<b>Objetivos específicos</b> .....	12
<b>Psicología Clínica</b> .....	12
<b>Enfoque de Psicología</b> .....	13
<b>Terapia Cognitivo Conductual</b> .....	13
<b>Terapia Cognitiva Conductual en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL)</b> .....	17
<b>Terapia Cognitiva Conductual en pacientes con psicosis</b> .....	18
<b>Psicosis</b> .....	18
<b>Trastorno psicótico en el DSM-5</b> .....	20
<b>Deterioro Cognitivo</b> .....	22
<b>Trastorno neurocognitivo leve en el DSM-5</b> .....	24
<b>Metodología Aplicada</b> .....	26
<b>Población atendida</b> .....	28
<b>Procedimientos de procesos realizados</b> .....	28
<b>Caso No.1</b> .....	29
<b>Caso No. 2</b> .....	30
<b>Informe de atención psicológica caso No.1</b> .....	31
<b>Ficha de identificación</b> .....	31
<b>Motivo de consulta</b> .....	31
<b>Historial Clínico</b> .....	32

<b>Examen mental.....</b>	<b>32</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>33</b>
<b>Plan de trabajo.....</b>	<b>33</b>
<b>Análisis e interpretación de los resultados.....</b>	<b>34</b>
<b>Recomendaciones de la especialista al paciente.....</b>	<b>34</b>
<b>Informe de atención psicológica caso No.2.....</b>	<b>34</b>
<b>Ficha de identificación.....</b>	<b>34</b>
<b>Motivo de consulta.....</b>	<b>35</b>
<b>Historial Clínico.....</b>	<b>35</b>
<b>Examen mental.....</b>	<b>36</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>36</b>
<b>Análisis e interpretación de resultados.....</b>	<b>37</b>
<b>Recomendaciones de la especialista al paciente.....</b>	<b>38</b>
<b>Alcances y limitaciones de la práctica.....</b>	<b>38</b>
<b>Alcances.....</b>	<b>38</b>
<b>Limitaciones.....</b>	<b>39</b>
<b>Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>40</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>40</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>41</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>42</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>45</b>
<b>Apéndice A.....</b>	<b>45</b>
<b>Apéndice B.....</b>	<b>46</b>

## **Resumen**

Este documento es una presentación escrita acerca de la práctica profesional supervisada en psicología clínica, para optar por el grado de licenciatura en psicología en la Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA). Se realizó en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, entre los meses de mayo a agosto del 2018, un total trescientas sesenta horas de práctica. Se brindó atención psicológica en el nivel dos de la consulta externa, mediante atención individual, grupal, familiar y de pareja, a niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, realizando la entrevista inicial, valoración y terapia grupal. El objetivo del informe es dar a conocer la atención psicológica que se brindó a la población mencionada, la cual presentaba diferentes enfermedades mentales como: psicosis y el deterioro cognitivo. Dentro del informe de la práctica profesional supervisada se presenta una reseña histórica de la institución, conceptos asociados a la práctica profesional, objetivos propuestos para el trabajo coterapéutico realizado, y finalmente los resultados obtenidos.

**Palabras claves:** Psicología, psicología clínica, coterapéutico, psicosis, deterioro cognitivo leve.

**Informe de Práctica Profesional Supervisada en Psicología Clínica realizada en la  
Clínica Marcial Rodríguez Conejo en Alajuela**

La práctica profesional fue realizada en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, ubicada en Alajuela, Costa Rica. Esta clínica cuenta con el área de psicología que se caracteriza por tener dos niveles. El nivel uno se encarga de dar atención psicológica a pacientes que son referidos por médicos generales y en el nivel dos se da atención psicológica a pacientes que son referidos por la especialidad de psiquiatría o casos de mayor prioridad referidos por psicología de nivel uno. La institución cuenta con tres psicólogas en el nivel uno y con una especialista en psicología clínica quien da la atención psicológica de nivel dos.

Esta institución brinda la oportunidad de realizar la práctica profesional con pacientes de segundo nivel, donde se atienden casos más complejos y es el único nivel en donde se llevan a cabo pruebas psicológicas. Las personas son atendidas en el área de salud Alajuela Norte, Clínica Marcia Rodríguez Conejo, por parte de la especialidad de psicología clínica, alrededor de quinientos sesenta pacientes al mes desde los dos años hasta personas de la tercera edad.

El promedio de pacientes que se atienden en el nivel dos es de ciento cuarenta pacientes al mes, quienes presentan diferentes enfermedades o trastornos mentales como lo son: depresión, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno de lenguaje, trastorno de estrés post trauma, trastorno de ansiedad, episodio psicótico agudo, psicósomáticos,

reacción situacional, conflictos familiares, conflictos de pareja, abuso sexual, abuso físico, disfunción sexual, trastorno de personalidad, trastorno de déficit atencional, trastorno afectivo bipolar, trastorno alimenticio, problema de límites, trastorno de comportamiento social, síndrome de asperger, esquizo afectivo, deterioro cognitivo, demencia, alzhéimer, entre otros.

Por medio de un proceso psicoterapéutico es posible resolver situaciones que afecten psicológica y emocionalmente a las personas, además de proveerles herramientas que les permita a los pacientes un mejor funcionamiento en su vida cotidiana.

La práctica profesional se realizó bajo la supervisión de la especialista en psicología clínica, la cual asignó a la estudiante el rol de coterapéuta para la atención individual, familiar, grupal y de pareja. Dicho trabajo se llevó a cabo entre los meses de mayo a agosto del año 2018.

### **Descripción de la institución**

#### **Reseña Histórica de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo**

La Caja Costarricense del Seguro Social (s.f) inicia la prestación de servicios en la ciudad de Alajuela en 1942, alquilando un pequeño local situado 25 metros este de la esquina sureste de la Catedral. En 1950, debido al aumento de la población asegurada se traslada el dispensario a un local más amplio, situado 50 metros al oeste de la esquina suroeste del Parque Eloy Alfaro “Parque Palmares u Hospital”.

En 1954 se traslada nuevamente el dispensario a su antiguo local, situado a 150 metros sur de la escuela Bernardo Soto, donde actualmente se encuentra el Área de Salud Alajuela Central. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

Para 1962 comienzan a funcionar tres dispensarios periféricos con un médico y una auxiliar de enfermería: Sabanilla, Carrizal y Turrúcares. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

En 1966 da inicio la Consulta de Planificación Familiar con un médico y una auxiliar de enfermería. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

En 1975 inicia la construcción de la nueva clínica cuyo costo ascendió a los 20 millones de colones inaugurándose el día 8 de mayo de 1976. El área del terreno es de 21.000 metros cuadrados; la construcción de es de 6.000 metros cuadrados y consta de 34 consultorios: inyectables, laboratorio, farmacia, archivo clínico, identificación, proveeduría, rayos x, centro de equipos, dirección médica, administración, auditorio con capacidad para 250 personas, cafetería para el público. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

Según los datos de la Caja Costarricense del Seguro Social (s.f) la apertura de los servicios médicos se realizó el 30 de agosto de 1976, con 34 médicos de medicina general, 3 odontólogos y 4 especialistas. Inicia la consulta de niño sano impartida por una enfermera y una auxiliar de enfermería y la consulta de planificación familiar con una enfermera, para un total de aproximadamente 150 funcionarios. La Clínica Marcial Rodríguez Conejo se constituyó en una Clínica Periférica Tipo cuatro. En el año 1999 se abren los sectores con los respectivos Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) de San Isidro Norte y San Isidro Sur integrados en un solo centro.

La Caja Costarricense del Seguro Social (s.f) a partir del año 2000, dentro del marco de Reforma del Sector Salud y la implementación del modelo de atención readecuado del primer nivel de atención en salud, la gerencia médica, con el apoyo directo de la Sub

gerencia médica de Regiones y la dirección regional, inicia el proceso de confirmación de las Áreas de Salud en la ciudad de Alajuela, donde se ubicaron tres áreas:

- ✓ Área de Salud Alajuela Sur.
- ✓ Área de Salud Alajuela Oeste.
- ✓ Área de Salud Alajuela Norte, hoy Área Central.

En julio del año 2001, debido a diferentes factores se presenta una nueva reestructuración quedando la Clínica Marcial Rodríguez Conejo como tipo tres, pero posteriormente el Centro de Salud es categorizado como área de salud dos con una población adscrita de 571.668 habitantes en el segundo nivel y en el primer nivel 57.200, habitantes al 2013. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

La Caja Costarricense del Seguro Social (s.f) atienden los Cantones de Grecia, Naranjo, San Ramón, Atenas, Poás, Valverde Vega, Palmares, Alfaro Ruiz, San Carlos y el Cantón Central de Alajuela. Referente al segundo nivel alberga 6 especialidades, entre ellas medicinas especializadas, quirúrgicas y pediátricas tales como endocrinología, gastroenterología, pediatría, medicina interna, neurología, psiquiatría, obstetricia y prenatales, planificación familiar, vascular periférico, entre otros.

En cuanto a las especialidades, la mayoría de los médicos pertenecen al Hospital San Rafael de Alajuela. La Clínica Marcial Rodríguez Conejo (CMRC) cuenta con los siguientes servicios: clínica del pie diabético, odontología, medicina general, nutrición, psicología, trabajo social, electrocardiografía, audiometría, rayos x, laboratorio clínico, farmacia y otros servicios de apoyo que funcionan desde que dio inicio la apertura de clínica. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

Actualmente la CMRC, cuenta con 54 consultorios, archivo pasivo, oficina de

microfilmación; servicios de apoyo tales como: validación de derechos, afiliación, proveeduría, servicio de transportes, centro de copiado, centro de equipos, taller de mantenimiento, centro de acopio de desechos y bodega de activo. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

En el 2003 se abre el Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) de Itiquis y en el 2009 el (EBAIS) de Desamparados se integra al Área de la Clínica Dr. Marcial Rodríguez. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

Se construyeron un total de 689.65 metros cuadrados de aumento dentro de la CMRC, a raíz del crecimiento de los servicios a prestar. A partir del primero de marzo del 2016, las consultas de emergencias en horario vespertino se dividen en Alajuela Central: las emergencias menores serán atendidas en la CMRC y las emergencias mayores en el Hospital San Rafael de Alajuela. El horario de atención en la CMRC es de tres de la tarde a nueve de la noche entre semana y de nueve de la mañana a cinco de la tarde sábado, el domingo y los feriados. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

Con el traslado de la atención de emergencias menores a la CMRC, los asegurados tienen varios beneficios: laboratorio, rayos x, cirugía menor, además de ventajas adicionales para la comodidad del servicio, como parqueo amplio, acceso en buses de ruta cada 20 minutos y vigilancia policial en la zona. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

La Región Central Norte de la Caja Costarricense de Seguro Social, atiende en el Hospital San Rafael de Alajuela emergencias que implican riesgo a la vida en minutos, mientras que la CMRC atiende afectaciones a la salud de menor impacto de riesgo. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

Además de la calidad de la atención, el traslado tiene por objetivo centrar la atención

del hospital en emergencias mayores, porque hay momentos en los cuales se produce saturación del servicio al mezclar casos con muy distintos tipos de gravedad. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

**Visión.**

Brindar a la población alajuelense servicios de salud oportunos, integrales de calidad, con sentido humano, sustentado en una organización moderna, dinámica, flexible y participativa, fortalecida bajo los lineamientos de Atención en Salud, en todos los niveles, así como contribuir al desarrollo social de la población, de la institución y sus trabajadores, fundamentada en los principios de la seguridad social costarricense. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

**Misión.**

Es una clínica orientada al servicio del cliente, con capacidad técnica, recursos humanos motivados y capacitados, que promueva una atención integral en salud, en forma oportuna, con calidad y con trato personalizado. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

**Recursos.**

La institución cuenta con clínica del pie diabético, odontología, medicina general, nutrición, psicología, trabajo social, electrocardiografía, audiometría, rayos x, laboratorio clínico, farmacia y otros servicios de apoyo que funcionan desde que dio inicio su apertura de Clínica. (Caja Costarricense del Seguro Social, s.f)

A partir del 28 de marzo del 2018 la CMRC cuenta con la atención en psicología nivel dos, este nivel se es el encargado de atender casos más complejos y de realizar evaluaciones psicológicas. Antes de esa fecha la institución no contaba con herramientas

para realizar evaluaciones, por lo que se referían los pacientes al Hospital San Rafael de Alajuela.

La Clínica Marcial Rodríguez Conejo en el área de psicología cuenta con cuatro profesionales en psicología clínica, tres psicólogas en el nivel uno y una psicóloga con una maestría en psicología clínica en el nivel dos. En dicho nivel, los pacientes son referidos por un médico general, por psiquiatría, nutrición, geriatría y psicología del nivel uno. Por la cantidad de personas atendidas (promedio de ocho pacientes diarios) las citas se otorgan por periodos que van desde los tres meses a seis meses entre cada sesión. Cada sesión terapéutica tiene una duración que varía entre los cuarenta y cinco a sesenta minutos.

La CMRC cuenta con el equipo requerido de atención médica según su área, sillas de ruedas, camillas, escritorios, bancas de espera para los pacientes, rotulación de secciones y sus respectivos consultorios numerados; parqueo amplio para los empleados de la institución, comedor, baños de uso exclusivo para los trabajadores y públicos para los pacientes. Además, dispone de zonas verdes, cancha sintética, suficientes ventanales brindando claridad y ventilación al edificio.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Brindar apoyo como coterapeuta en el tratamiento de los problemas psicológicos y procesos de evaluación a pacientes del segundo nivel de psicología en la consulta externa de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, durante los meses de mayo a agosto del 2018.

**Objetivos específicos.**

- Adquirir experiencia como coterapéuta en los procesos psicológicos de los pacientes de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo.
- Aplicar pruebas con el fin de identificar las dificultades neurológicas que presenta las personas adultas mayores de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo.
- Brindar apoyo en atención grupal con técnicas de estimulación cognitiva a pacientes adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo.

El desarrollo teórico que sustentará este informe de práctica supervisada está relacionado con el área de la psicología clínica y el Enfoque Cognitivo Conductual. Los estudios e investigaciones que se han realizado contribuyen a que la psicología sea una disciplina que aporta, en gran manera, el desarrollo psicológico del ser humano en diferentes ámbitos.

**Psicología Clínica**

Los acontecimientos y descubrimientos que antecedieron a la psicología clínica, le dieron el sustento para tratar las diferentes enfermedades mentales, los estudios e investigaciones que se han realizado recientemente contribuyen a que la psicología sea una disciplina que aporta en gran manera el desarrollo psicológico del ser humano.

Con el pasar de los años los psicólogos han estudiado varios aspectos de la conducta del ser humano, como la personalidad, las funciones del cerebro y las influencias socioculturales. De manera que ha ido avanzando la psicología, se ha abordado la cuestión de por qué hacemos las cosas desde diferentes ángulos, incluyendo como base: el biológico,

el psicodinámico, conductual, cognitivo y humanístico, haciendo que cada uno de estos cinco enfoques principales guíen la investigación psicológica moderna (Álvarez ,2012)

### **Enfoque de Psicología**

Este informe de práctica profesional supervisada se orienta dentro del Enfoque Cognitivo Conductual, dicho enfoque es el que utiliza la psicóloga clínica en los diferentes procesos de psicoterapia en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo.

### **Terapia Cognitivo Conductual**

Según Timms (2009) la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es una forma de comprender cómo piensa el ser humano acerca de sí mismo, las personas de su alrededor y como estas actitudes afectan a sus pensamientos y sentimientos. La TCC se enfoca en la problemática y dificultad del aquí y ahora, buscando la forma de mejorar el estado anímico (actitud o disposición emocional) ahora, en lugar de centrarse en angustias a causa del pasado.

El principal objetivo de la Terapia Cognitivo Conductual es comprender de qué manera interpretar los hechos y las experiencias, y por identificar y modificar las distorsiones que se producen en el transcurso del procesamiento cognitivo. (Wiley y Sons,2009)

Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y las dificultades actuales. No pretenden “desvelar traumas inconscientes tempranos, ni tampoco el papel de las contribuciones biológicas, neurológicas y genéticas a las disfunciones psicológicas sino, antes bien, tratar de

sentar las bases de una forma diferente de procesar el mundo que resulte más adaptativa” (Wiley y Sons,2009, p.27)

Continuando con la idea de los autores Wiley y Sons, la terapia cognitiva conductual es una de las terapias que se puede aplicar en diversos ámbitos y dificultades conductuales, en lo cual el psicólogo al entender lo que el paciente manifiesta puede ayudarlo a encontrar una solución para la situación en la que se encuentra.

Para Carballo (2013) la psicoterapia es el proceso de comunicación que hay entre el psicoterapeuta y el paciente que acude a consultar, esta se da con el propósito de mejorar la calidad de vida, a través de un cambio en su actitud, conducta, pensamientos o afectos.

Según el autor Carballo al utilizar la Terapia Cognitiva Conductual el terapeuta le facilita al paciente comprender por sí mismo la situación actual y llevar a cabo el cambio que beneficia al paciente.

Para Carballo (2013) la terapia cognitivo conductual observa al paciente y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y así mismo maneja el interior de la persona para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento.

Según Carballo (2013) dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución, siendo esta un trabajo terapéutico directivo, ya que amplía un mundo de perspectivas a partir de las cuales puede enfocar aquello que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por el mismo lo que los teóricos denominan pensamientos distorsionados, realizando así una reestructuración

cognitiva, lo que promoverá en el paciente una mejor adaptación a su ambiente.

(p.30)

De acuerdo con la idea del mismo autor, la terapia cognitivo conductual lleva al paciente a encontrar en sí mismo lo correcto para mejorar la problemática de la siguiente manera:

La Terapia Cognitiva Conductual ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser predominantemente negativos además de sesgados y excesivamente autocríticos. Los procesos de autoevaluación, educación, experimentación y comprobación favorecen el que dichos pensamientos y creencias sean sustituidos por cogniciones más positivas, equilibradas y funcionales, que reconocen y toman en consideración los propios puntos fuertes y los propios logros.

(Wiley y Sons,2009, p.27)

Para Willey y Sons (2009) al identificar los déficits cognitivos y conductuales; se comprueban, aprenden, valoran y refuerzan nuevas habilidades cognitivas de solución de la problemática, además de las diferentes formas de actuar del ser humano.

Según Willey y Sons (2009) se desarrolla mayor comprensión de la naturaleza y las razones que subyacen a emociones desagradables, de modo que éstas van quedando atrás y se van reemplazando por unos sentimientos más placenteros.

Finalmente, con la adquisición de nuevas habilidades cognitivas y conductuales permite afrontar de manera apropiada toda una serie de situaciones nuevas y difíciles.

(Wiley y Sons,2009)

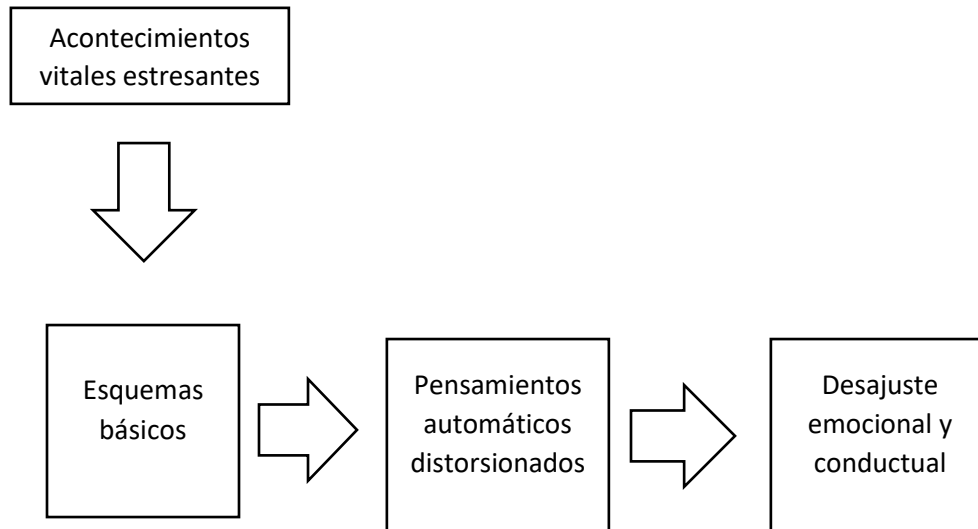
De acuerdo con las ideas de los autores, para el paciente, al descubrir la solución al conflicto a través de sus propias perspectivas ante la situación, afronta de manera exitosa la realidad en la que se encuentra.

Para García (2011), el modelo de Beck es una parte importante de las estrategias que se utilizan dentro de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) pues, a través de la reestructuración cognitiva, el paciente es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y situaciones que vive, de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas desordenados de pensamiento y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa.

El modelo propuesto por Beck establece que ante una situación, las personas no solo responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos esquemas cognitivos también llamados creencias nucleares. (García,2011)

De acuerdo con la idea del autor, la Terapia Cognitiva de Beck se basa en que los pensamientos determinan cómo se sienten las personas y sus aspectos de mayor importancia ayuda a que todo pensamiento automático y las creencias sean implícitos, ya que la persona no es consciente de las conductas de las cuales surgen estos pensamientos que evitan que el paciente sea más consciente.

Esta terapia se centra en el momento actual ante una situación del pasado; la cual no se puede cambiar, pero si modificar el pensamiento a la actualidad. Beck propone el modelo cognitivo sobre el desajuste emocional y conductual:



### **Terapia Cognitiva Conductual en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL)**

Según Díaz y Sosa (2009) ante cualquier estrategia cognitiva, se debe realizar una evaluación neuropsicológica que permita determinar las funciones cognitivas que han sido afectadas y aquellas que aún no lo son, para la siguiente planificación de estrategia por desarrollar. Tomando en cuenta la capacidad funcional de la persona, edad, nivel intelectual, entre otros.

Para Díaz y Sosa (2009) la Terapia Cognitiva Conductual aplicada en pacientes con deterioro cognitivo conductual (DCL), ante el modelo conductista centrado en el aquí y ahora, lleva al paciente hacia la conducta adecuada, normal y deseada por medio del proceso de aprendizaje. Entre estas técnicas de aprendizaje se pueden citar:

**Reforzamiento:** El cual incrementa la aparición de una conducta deseada.

**Reforzamiento positivo:** Cuando la aparición de una conducta adecuada es seguida por una determinada consecuencia positiva.

Reforzamiento negativo: Es un modelo de respuesta-consecuencia.

Moldeamiento: Se trata de reforzar pequeños comportamientos que se aproximen a la conducta deseada.

Modelado: Se basa en enseñar al paciente como establecer un comportamiento determinado; donde al imitar aprenda la conducta que se desea.

### **Terapia Cognitiva Conductual en pacientes con psicosis**

Según Perona, Cuevas, vallina y Lemos (2010) el uso de la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de la psicosis junto con las intervenciones familiares ha demostrado ser eficaces para la disminución de los síntomas positivos persistentes que no han respondido bien a la medicación. Esta TCC actúa directamente sobre los procesos psicológicos, siendo eficaz cuando logra que el paciente cambie esquemas cognitivos negativos de sí mismo y cuando logra comprender los procesos sesgados de razonamiento.

### **Psicosis**

De acuerdo con Ayesa, Gonzáles, Caseiro, Vázquez (2010) la psicosis es una enfermedad mental la cual es caracterizada por la pérdida de contacto con la realidad del ser humano, la psicosis suele aparecer entre los 20 y los 30 años tanto en hombres como en mujeres.

Ayesa, et al. (2010) informa que el órgano que es afectado en un paciente con psicosis es el cerebro de modo que se producen cambios en el pensamiento, sentimientos y el comportamiento del paciente; al este presentarse por primera vez se habla del primer episodio psicótico. El tratamiento utilizado en la psicosis es farmacológico, psicológico y rehabilitador (especialista al que concierne el diagnóstico).

La psicosis puede producir cambios en el estado de ánimo y pensamiento. La persona puede expresar ideas que parecen extrañas, siendo difícil entender cómo se siente y se comporta. A menudo, una persona con un primer episodio psicótico no entiende qué le está ocurriendo. Los síntomas varían de unas personas a otras, pueden cambiar a lo largo del tiempo y causar malestar y preocupación a la persona que los experimenta. A veces vienen precedidos de otros problemas, como dificultades de concentración, falta de energía, estado de ánimo deprimido, alteraciones del sueño, ansiedad o aislamiento. (Ayesa et al, 2010.p.12).

Según Ayesa, et al. (2010) los síntomas positivos más comunes en la psicosis son los siguientes:

- Alucinaciones: Son cuando se dan percepciones de algo que no existe, dentro de estas pueden ser auditivas, visuales u olfativas.
- Delirios: Son creencias reales para el paciente con psicosis, pero no para las demás personas.
- Alteraciones en la forma del pensamiento: Es la distorsión de ideas.

Ayesa, et al. (2010) informa haber otros síntomas de la psicosis conocidos con los negativos, los cuales son tan importantes como los síntomas positivos; estos pueden ser:

- El aislamiento de los demás.
- Falta de energía o motivación.
- Descuido de higiene personal.
- No hace contacto visual, dificultad para expresar sus emociones y disminución de gestos expresivos.

- Dificultad para concentrarse.
- Perdida de interés en actividades de su vida cotidiana.
- Entre otros.

Hasta ahora no se ha identificado ningún factor concreto que cause psicosis. Se considera que la psicosis tiene un origen multifactorial, es decir, que hay un conjunto de factores que interaccionando unos con otros, pueden provocar que una persona desarrolle un episodio psicótico. (Ayesa et al, 2012.p15).

Sin embargo los factores que pueden ser vulnerables en una persona son los factores genéticos, biológicos, medio ambientales, el estrés, entre otros.

### **Trastorno psicótico en el DSM-5**

La Asociación Psiquiátrica Americana (2013) en el DSM 5, afirma que se deben cumplir los siguientes criterios:

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día, pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica. 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Especificar si:

Con factor(es) de estrés notable(s) (psicosis reactiva breve): Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Sin factor(es) de estrés notable(s): Si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo. Con inicio posparto: Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental; págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno psicótico breve para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave)

### **Deterioro Cognitivo**

Montenegro, Montejo, Llanero, Reinoso (2012) sostiene que el deterioro cognitivo leve (DCL) es la pérdida de las funciones cognitivas que no es suficientemente severa para ser considerada como una demencia. El paciente con deterioro cognitivo suele acudir a atención psicológica ya sea por iniciativa propia o por recomendación de los familiares que observan importantes olvidos en su vida cotidiana.

De acuerdo con Montenegro, et al. (2012) para confirmar que el paciente presente deterioro cognitivo leve (DCL) es importante evaluar las capacidades funcionales mediante escalas de valoración de las actividades de la vida diaria y explorar los síntomas neurológicos y psiquiátricos; sobre todo la memoria para el deterioro cognitivo o demencia.

Conforme a la idea de los autores, el paciente que presenta un deterioro cognitivo (DC) comienza con pequeños olvidos en cuanto a actividades de su vida cotidiana y por ende es importante completar la evaluación con baterías especiales para deterioro cognitivo o demencia para confirmar dicho diagnóstico. Esto se hace evidente en los pacientes que asisten a la consulta de psicología del nivel 2 de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo.

Para Medina (2012) el deterioro cognitivo en el adulto mayor debe abordarse como síndromes geriátricos (enfermedades que alcanza mayor prevalencia en el adulto mayor)

hasta comprobar las causas subyacentes o bien diagnosticar demencia, así como su afectación en el área psíquica, social, biológica y funcional. Las funciones mentales superiores en personas de la tercera edad pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos el deterioro cognitivo leve (DCL) puede evolucionar a demencia, es por ello la importancia de detectar a tiempo para el tratamiento pertinente.

“El deterioro cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo con la presencia o no de alteración de la memoria acompañada o no de alteración en otro dominio cognitivo”.

(Medina, 2012, p.17)

Medina (2012) informa que el deterioro cognitivo leve puede clasificarse en:

- Deterioro cognoscitivo amnésico: Es cuando hay queja de pérdida de memoria.
- Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios: Es cuando se encuentra afectada la memoria y, por lo menos otra área (lenguaje o función ejecutiva)
- Deterioro cognoscitivo no amnésico de dominio único: Es cuando la memoria esta preservada, pero hay otra área afectada (lenguaje o función ejecutiva)
- Deterioro cognoscitivo no amnésico de múltiples dominios: Es cuando la memoria esta preservada, pero hay más de un área (lenguaje o función ejecutiva) afectada.

## **Trastorno neurocognitivo leve en el DSM-5**

La Asociación Psiquiátrica Americana (2013) en el DSM 5, afirma que se deben cumplir los siguientes criterios:

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer (págs. 337, 341–342)

Degeneración del lóbulo frontotemporal (págs. 342–344)

Enfermedad por cuerpos de Lewy (págs. 344–345)

Enfermedad vascular (págs. 345–346)

Traumatismo cerebral (págs. 347–348)

Consumo de sustancia o medicamento (págs. 348–352)

Infección por VIH (págs. 352–353) Enfermedad por priones (págs. 353–354)

Enfermedad de Parkinson (págs. 354–355)

Enfermedad de Huntington (págs. 355–356)

Otra afección médica (pág. 356)

Etiologías múltiples (págs. 357–358) No especificado (pág. 358)

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas citadas, aplicar el código 331.83 (G31.84). No usar códigos adicionales para las supuestas afecciones médicas etiológicas. Para un trastorno neurocognitivo leve inducido por una sustancia o un medicamento, aplicar el código en base al tipo de sustancia. Véase “Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por una sustancia o un medicamento”. Para un trastorno neurocognitivo leve no especificado aplicar el código 799.59 (R41.9).

Especificar:

Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p.

ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

### **Metodología Aplicada**

De acuerdo con la práctica profesional realizada en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, se asignó la función de coterapeuta de la profesional a cargo del nivel dos. En este nivel se brinda atención psicológica y se realizan evaluaciones psicológicas a los pacientes referidos por otros especialistas. Cabe mencionar que de acuerdo con la población atendida y en coordinación con la especialista en psicología clínica se seleccionaron dos casos según la referencia de especialistas, de psiquiatría y geriatría.

Para realizar los procesos se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista: Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) la entrevista permite generar una conversación con el entrevistado obteniendo información a través de una conversación normal con la intención de llevar a cabo sus objetivos.

Para Hernández, et al. (2010) la entrevista la podemos clasificar de tres maneras para el ámbito que vayamos a utilizar entre ellas se encuentran: las entrevistas estructuradas, semi estructuradas y abiertas con el fin de que el investigador obtenga su información a base de algunas preguntas, o desee añadir preguntas adicionales durante su entrevista o a si sea que fundamente una guía durante la entrevista adquiriendo puntos específicos para profundizar y dar la mayor validez a dicha entrevista. La entrevista utilizada en ambos casos fue abierta.

- Examen mental: Para Rojas (s.f) el examen mental explora los aspectos sanos y patológicos al momento actual. Al pasar el examen mental en el paciente es

importante tomar en cuenta los siguientes aspectos; apariencia general, actitud y comportamiento, afecto, pensamiento, percepción, sensorio y capacidad intelectual Juicio, conciencia de la enfermedad, confiabilidad e impresión diagnóstica.

- Observación: Según Barrantes (2007) la observación permite ver más cosas de las que se pueden observar a simple vista, ya que no siempre se va de la observación a la teoría. El investigador debe de tener claro cuando desea observar algo, sea de su interés, obtener datos de personas, comunidades, contextos en profundidad, entender los motivos, significados y razones del comportamiento humano, entre otros.

Para Barrantes (2007) la observación debe de ser en un ambiente natural y cotidiano, tomando en cuenta que el terapeuta logre desarrollar un buen rapport con el paciente.

- Test de evaluación rápida de las funciones cognitivas (ERFC): Para Blázquez, Gonzáles y Paul (2015) el test de funciones rápidas cognitivas establece la versión ampliada de la evaluación cognoscitiva breve. Este test permite en menos de quince minutos realizar al paciente un mini examen neuropsicológico el cual permite medir las funciones cognitivas, entre ellas la orientación, atención y memoria, recuerdo, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluidez verbal, praxias, reconocimiento visual y escritura.

Materiales utilizados en el grupo de estimulación cognitiva del proceso de la memoria son adivinanzas, sopas de letras, laberintos, ejercicios de completar frases, descripción de objetos, reconocimiento de personas, entre otros.

Para este informe de práctica profesional se eligieron dos casos basados en dos atenuantes, el caso no.1 basado en la estadística efectuada por la estudiante durante la práctica profesional. En el caso no.2 fue por la recomendación dada por la profesional en psicología clínica.

En ambos casos solo se pudieron realizar dos sesiones con cada paciente, ya que el número de pacientes atendidos durante la práctica profesional ascendió a los doscientos veinte y ocho, por lo tanto, las citas se les asignaba hasta los tres meses para realizar la siguiente sesión. Debido a este contexto no se pudo realizar intervenciones con los pacientes, sino que se observaron los procesos de entrevista, y atención grupal y familiar.

En caso no. 1 se realizó una sesión y luego se le asignó a un grupo de estimulación cognitiva. El caso no. 2, por la prioridad del caso, se le asignó la segunda sesión a un mes y ocho días después.

### **Población atendida**

Esta práctica profesional se llevó acabo en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, en la cual se brinda atención psicológica a la población de los cantones de Grecia, Naranjo, Poás, Atenas, Palmares y del Cantón de Alajuela; desde los dos años hasta personas de la tercera edad; con problemas emocionales, psicológicos, psicosociales y patológicos; brindando atención individual, grupal, familiar y de pareja.

### **Procedimientos de procesos realizados**

Dentro de los procedimientos en los procesos realizados, se trabajó con dos casos. Todo el trabajo fue coordinado y supervisado por la profesional en psicología del nivel dos.

Los procesos fueron, entrevistas iniciales, examen mental, apoyo a grupos de estimulación cognitiva y aplicación de Test de Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC)

El procedimiento que seguir en cada caso fue el siguiente:

### **Caso No.1.**

En la primera sesión se recibe al paciente quien fue referido por la geriatra. Se da inicio a la sesión con el motivo de consulta del paciente, el cual fue de acorde con el motivo de consulta emitido por geriatría. La geriatra solicita al nivel de psicología 2 realizar una evaluación más amplia de acuerdo con el diagnóstico previo del paciente Deterioro Cognitivo (DC). La coterapeuta aplica el Test de Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC), prueba que se les aplica únicamente a personas adultos mayores. El resultado del test es Deterioro Cognitivo Leve (DCL), por lo que la psicóloga le brinda al paciente recomendaciones muy puntuales con respecto a su diagnóstico DCL y refiere al paciente al grupo de Estimulación Cognitiva (EC). El tiempo de la primera sesión fue de cuarenta y cinco minutos.

La segunda sesión con el paciente se realizó un mes y seis días después de su primera sesión. Ésta se realiza en el grupo de EC. La primera sesión grupal consiste en presentar a los miembros del grupo, cada paciente se presenta diciendo su nombre, dirección, profesión y deporte favorito y después cada uno de los pacientes debía decir a quienes recordaba y características mencionadas. También se realizaron algunos ejercicios de memoria, atención y recuerdo dirigidos por la psicóloga y con el apoyo de la coterapeuta. Se observa la integración del paciente al grupo de EC, donde comparte con personas de su misma condición DCL. El paciente muestra interés y la disposición de participación en el grupo a diferencia de otros pacientes de los grupos de EC. Se observa

que algunas distracciones le causaron dificultades para realizar con éxito las actividades dirigidas por la psicóloga y la coterapeuta.

La sesión con el grupo EC tiene una duración de dos horas, este tiempo permite realizar diferentes actividades para la estimulación cerebral de los pacientes con DCL. La coterapeuta estuvo presente en tres sesiones de uno de los grupos anteriores, en los cuales se realizaron ejercicios y actividades con los pacientes dentro de estos: sopas de letras, adivinanzas, completar frases, problemas matemáticos, reconocimiento de rostros, diferencias, juegos de memoria, cranium, entre otras.

### **Caso No. 2.**

En la primera sesión el paciente fue remitido por el Hospital Psiquiátrico para que se le diera continuidad al proceso psicoterapéutico, ya que el paciente lo abandona por problemas de distancia al asistir al proceso de psicoterapia. Se dió inicio con el motivo de consulta de dicha referencia del Hospital Psiquiátrico el cual no fue de acorde con el motivo de consulta manifestado por el paciente al presentarse con una actitud evasiva y de negación respecto a su diagnóstico.

Se incluyó en la sesión a su familia inmediata (papá y mamá) por la condición del paciente, al ser un paciente con brote psicótico para aclarar y confirmar el estado del paciente y el motivo de su descompensación. Finalmente, la psicóloga le da información puntual acerca de la medicación que le prescribió el psiquiatra, la importancia y la duración del efecto de los fármacos para ver resultados. El tiempo establecido fue de sesenta minutos porque se incluyó en la sesión a su familia inmediata.

La segunda sesión, se llevó a cabo al mes y ocho días, se observa que el paciente se presenta con una mejor disposición a la terapia, acepta el brote psicótico, aunque sus padres manifiestan que sigue presentado ideas delirantes y alucinaciones con respecto a sus vecinos de al lado de su casa, ambos padres manifiestan que el paciente dió continuidad al tratamiento farmacológico el cual es controlado por el paciente, ya que no permite que sus padres le controlen la medicación. El tiempo establecido para esta sesión fue de veinte y cinco minutos ya que el objetivo de la sesión era confirmar que el paciente continuaba con el tratamiento farmacológico o si debía ser referido al Hospital Psiquiátrico para su internamiento. Debido a la continuidad de fármacos se le asigna la siguiente cita.

### **Informe de atención psicológica caso No.1**

#### **Ficha de identificación**

Nombre: L.H.C

Edad: 70 años

Sexo: M

Estado civil: Casado

Nivel educativo: Bachillerato en Educación Media

Fecha de atención: 12 de junio y 18 de julio del 2018.

#### **Motivo de consulta.**

Referido por la geriatra para realizar una evaluación más amplia, ya que presenta dificultades en la memoria, manifestados en olvidos frecuentes de objetos que utiliza en su vida cotidiana (lapiceros, lentes, el control del televisor, entre otros).

### **Historial Clínico.**

Masculino de setenta años, vecino de Desamparados de Alajuela, en matrimonio con S.R.L hace veinte años. Padre de F.H.R de veinte y tres años y D.H.R de veinte y siete años. En su anterior matrimonio tiene dos hijos, L.H. L de treinta y cinco años, A.H.L de treinta años.

L.H se encuentra pensionado, sin embargo, atiende junto con uno de sus hijos una pequeña empresa familiar. L.H practicaba fútbol, pero empezó a padecer de la planta de los pies y de la rodilla izquierda por lo cual tuvo que dejar de practicar hace unos veinte años. También presenta dificultad de la vista. En enero del 2018 muere su madre de noventa y un años, por la enfermedad de Alzheimer.

L.H manifiesta que se desplaza solo en las diferentes actividades que tiene que realizar (ir al supermercado, a la clínica, ir a la empresa, entre otros) pero que presenta pequeños olvidos como el perder objetos con facilidad u olvidar en qué lugar los coloca.

### **Examen mental.**

Paciente de 70 años, apariencia sana, la postura que dejó notar disposición para colaborar; responde adecuadamente a las preguntas planteadas. Su vestimenta era acorde a la estación y edad; denotaba limpieza y aseo personal. Hace uso de lenguaje coherente, coloquial y espontáneo; su discurso es normal y su tono de voz adecuado.

El paciente mostró un afecto eutímico (estado de ánimo normal), pensamiento real y coherente sin alteraciones de contenido, no ideación suicida, no ideación homicida, no presenta trastornos sensorio-perceptivos, memoria conservada con dificultades de memoria a corto plazo, impresiona una capacidad intelectual adecuada según su nivel educativo y

edad. Con dificultades de memoria para recordar información más reciente, adecuada comprensión de lenguaje. El evaluado se encuentra, orientado en tiempo, persona y lugar; juicio conservado, es consciente de su situación, presenta información con fiabilidad y además posee una buena capacidad para informar su situación de manera apropiada y clara.

**Instrumentos.**

- Entrevista inicial
- Examen mental
- Observación
- Test de Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC)

**Plan de trabajo.**

En el grupo de EC los pacientes deben de llevar a cabo diez sesiones en las cuales tienen que realizar ejercicios para estimular el cerebro. Las sesiones son una vez por semana, y los imparte la psicóloga del nivel dos con el apoyo de la coterapéuta.

En la primera sesión del grupo de estimulación cognitiva se estimuló el Área de Atención, Memoria y Recuerdo. Las actividades consisten en realizar sopas de letras, crucigramas, laberintos, adivinanzas, juegos de memoria, identificación de objetos, entre otros.

En cada sesión de EC se reforzaría las siguientes áreas: orientación témpora espacial, atención, memoria y recuerdo, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, repetición, fluidez verbal, orden escrita, reconocimiento visual, entre otras.

Al finalizar las diez sesiones del grupo de EC, se le daría al paciente como recomendación continuar en su casa con ejercicios aprendidos en el grupo para fortalecer el

área de atención, memoria y recuerdo y estimular las otras áreas de las funciones específicas para un mejor rendimiento cognitivo. Además, se le recomendaría un proceso de psicoterapia para ayudar al paciente con sus dificultades actuales.

### **Análisis e interpretación de los resultados**

L.H mostro interés y disposición con respecto a llevar el proceso terapéutico. En la primera sesión con el grupo de estimulación cognitiva el participó en todas las actividades. Se realizaron diez actividades y L.H logró realizar seis sin dificultad y cuatro con dificultad. Los ejercicios que se realizaron fueron para medir la atención, memoria y recuerdo,

Según los resultados y la observación que se le hizo al paciente su mayor dificultad se muestra en el área de atención y concentración. Ya que el paciente al concentrarse lograba realizar el ejercicio sin dificultad, pero cuando observaba a los compañeros no lograba seguir las indicaciones.

### **Recomendaciones de la especialista al paciente.**

- Se le recomendó al paciente asistir al grupo de EC.
- Aplicar en casa técnicas que se dan en el grupo para obtener mayor concentración.
- Cambiar las rutinas en el hogar

### **Informe de atención psicológica caso No.2**

#### **Ficha de identificación**

Nombre: J.C.M.M

Edad: 34 años

Sexo: Masculino

Estado civil: soltero

Nivel educativo: Bachiller en Biotecnología

Fecha de atención: 26 de junio y 3 de agosto del 2018

**Motivo de consulta.**

Referido por el Hospital Psiquiátrico para que retome el proceso psicoterapéutico.

**Historial Clínico.**

Masculino de treinta y cuatro años, vecino del Coyol de Alajuela, hijo de la Señora A.M.S de sesenta y uno años y el Señor R.M.G de sesenta y tres años; ocupa el segundo lugar de sus hermanos; P.M.M de treinta y seis años y N.M.M de treinta años.

JC terminó su Bachillerato en Biotecnología en el Tecnológico de Cartago con buen rendimiento académico, actualmente se encuentra cursando su licenciatura.

En el año 2016 presenta un brote psicótico agudo, diagnosticado por el área de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, donde permaneció hospitalizado por un periodo de un mes y medio en cuidados intensivos. Al salir del hospital toma la decisión de renunciar a su trabajo.

Cuando fue atendido por psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico se le recetó los medicamentos risperidona, y fluoxetina; tratamiento que abandona porque cree que no lo necesita y argumenta que sus buenas calificaciones son prueba que él está bien.

JC informa haber sido poco sociable durante su infancia, adolescencia y menciona no haber sufrido ninguna enfermedad anteriormente. Manifiesta ser bisexual; sin embargo,

nunca ha tenido una relación de pareja; declara estar bien y no le representa problemas con sus padres debido a su orientación sexual, sin embargo, no quiere referirse al tema.

Al mes de abandonar por completo el tratamiento, sus familiares notan conductas extrañas en JC; entre las cuales se mencionan conductas agresivas, alucinaciones y conversaciones consigo mismo. Estas conductas se han estado manifestando tanto en el trabajo como en el hogar. La falta de los medicamentos lo lleva a alucinar con cualquier situación de su vida cotidiana.

### **Examen mental.**

Paciente de 34 años; actitud evasiva y de negación respecto a su diagnóstico, su vestimenta era de acorde a su edad y sexo, actitud negativa de acuerdo a su diagnóstico, comportamiento normo búllico, hace uso de lenguaje coloquial, tono de voz adecuado, afecto ansioso, pensamiento sin alteraciones de curso y producción; alterado en cuanto al contenido con pensamientos de corte paranoide, presenta trastorno sensoperceptivo, no ideación suicida, no ideación homicida, el evaluado se encuentra consciente, orientado en tiempo, persona y lugar, juicio psicótico, no consciente de su situación, presenta información poco confiable al minimizar.

### **Instrumentos.**

- Entrevista inicial
- Examen mental
- Observación

## **Plan de trabajo**

En la primera sesión se entrevistó a J.C, se presenta a consulta con una referencia del Hospital Psiquiátrico, el diagnóstico referido es un brote psicótico agudo, por abandono de tratamiento farmacológico. Al referirse al diagnóstico presenta información poco confiable, muestra una actitud evasiva y de negación respecto a su diagnóstico. Tomando en cuenta aspectos importantes de la entrevista inicial, se le explica a J.C la importancia del tratamiento farmacológico y sus funciones para dicho diagnóstico.

En la segunda sesión J.C muestra una mejor disposición para colaborar con el proceso psicoterapéutico, acepta el brote psicótico, señalando que el resultado de las burlas que recibió en su trabajo. Por las actitudes y conductas observadas se asume que el paciente retomó el tratamiento farmacológico, pero sigue con ideas delirantes en cuanto a sus vecinos. El paciente no se encuentra en disposición de brindar más información.

Se le daría continuidad con el proceso de psicoterapia a través de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en las cuales se aborden intervenciones que le permita al paciente afrontar su enfermedad de una manera activa.

## **Análisis e interpretación de resultados**

El paciente, JC, en la entrevista se muestra renuente a aceptar diagnóstico referido. Se le explica la importancia de continuar el tratamiento farmacológico y la función de cada medicamento en el organismo. Además, que debe continuar el proceso terapéutico para su bienestar mental, social y familiar. En la segunda sesión se notan los cambios en sus actitudes, conductas y disposición para continuar con el proceso terapéutico.

### **Recomendaciones de la especialista al paciente.**

- Se le recomienda continuar con el tratamiento farmacológico
- Se le recomienda continuar con el proceso terapéutico
- Realizar ejercicio físico
- Dar tiempo para un nuevo empleo

### **Alcances y limitaciones de la práctica**

#### **Alcances**

Tener la oportunidad de ser coterapeuta de la profesional en psicología clínica; atendiendo a los doscientos veinte y ocho pacientes durante la práctica profesional por diferentes enfermedades o trastornos mentales como lo son: depresión, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno de lenguaje, trastorno de estrés post trauma, trastorno de ansiedad, episodio psicótico agudo, psicósomáticos, reacción situacional, conflictos familiares, conflictos de pareja, abuso sexual, abuso físico, disfunción sexual, trastorno de personalidad, trastorno de déficit atencional, trastorno afectivo bipolar, trastorno alimenticio, problema de límites, trastorno de comportamiento social, síndrome de asperger, esquizo afectivo, deterioro cognitivo, demencia, alzhéimer, entre otros.

Enriquecer los conocimientos y adquirir experiencia en el campo de la psicología clínica. Obtener experiencia en aplicar pruebas para realizar los diferentes diagnósticos.

Participar en reuniones con equipos interdisciplinarios conformado por una trabajadora social, una enfermera de salud mental, la geriatra y la psicóloga, donde se revisan los casos y expedientes de los pacientes adultos mayores.

Aprender a redactar el informe de examen mental de los pacientes entrevistados, su importancia y la información que nos arrojan dichos informes.

Participar en terapia grupal enfocada en EC, donde se trabajan ejercicios para estimular el cerebro a través de sopas de letras, adivinanzas, crucigramas, reconocimiento de rostros, recordar objetos y palabras, actividades con juego de mesa, entre otros. Se aprendió la manera de estimular el cerebro en pacientes con DCL y sobre todo la satisfacción y mejoría de los pacientes.

### **Limitaciones**

La Clínica Marcial Rodríguez Conejo no cuenta con consultorios propios para el área de psicología. Esto presenta la dificultad de no contar con diferentes pruebas al alcance del profesional cuando se requieren.

Los procesos psicológicos que se brindan a los pacientes son periodos que van de tres a seis meses entre cada sesión. Esto repercute en el proceso de intervención y de recuperación del paciente., ya que, en la mayoría de los casos, el seguimiento óptimo sería una sesión por semana.

En la práctica profesional, no se lograron realizar intervenciones terapéuticas ya que, por el sistema de trabajo de la CCSS, la distancia entre las citas no permitió dar seguimiento a casos específicos; por lo que se debió enfocar la práctica profesional en procesos (entrevista inicial, aplicación de pruebas, terapia grupal) y no en intervenciones (atención de casos específicos).

En los casos designados en esta práctica profesional solo se les pudieron dar dos sesiones a los pacientes, porque dentro del contexto de la CCSS existe una limitante por la cantidad de pacientes que se deben atender diariamente y el poco personal especializado.

Las interrupciones por ruidos externos cuando se lleva a cabo las terapias repercuten en la calidad de atención psicológica del paciente. Así mismo no existe un lugar adecuado para atender a los grupos de estimulación cognitiva.

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### **Conclusiones**

Después de realizar la práctica profesional en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo se concluye:

La Clínica Marcial Rodríguez Conejo tiene apertura para prácticas profesionales supervisadas para estudiantes de psicología clínica, permitiendo a los estudiantes desempeñar el papel de coterapeuta en las entrevistas, tratamientos psicológicos y procesos de evaluación de los pacientes que asisten a la consulta del nivel dos del área de psicología.

El nivel dos es un área donde se atienden los casos clínicos más complejos como lo son: depresión, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno de lenguaje, trastorno de estrés post trauma, trastorno de ansiedad, episodio psicótico agudo, psicósomáticos, reacción situacional, conflictos familiares, conflictos de pareja, abuso sexual, abuso físico, disfunción sexual, trastorno de personalidad, trastorno de déficit atencional, trastorno afectivo bipolar, trastorno alimenticio, problema de límites, trastorno de comportamiento social, síndrome de asperger, esquizo afectivo, deterioro cognitivo, demencia, alzhéimer, entre otros. Esto es una gran oportunidad para el estudiante de psicología, ya que al

observar el abordaje que realiza una profesional en psicología clínica amplía su conocimiento y adquiere experiencia en el campo clínico.

La práctica profesional en el nivel dos genera conocimiento en diferentes casos clínicos, en particular los casos de las dificultades neurológicas que presentan los adultos mayores. El mayor índice de casos atendidos durante la práctica profesional es DC, cuyo diagnóstico se efectúa a través de una evaluación más amplia con el Test (ERFC). Al realizar las valoraciones del DC, se logra confirmar la referencia de la geriatra, se adquiere nuevo conocimiento y experiencia al ejecutar la evaluación.

Los resultados logrados en los grupos de estimulación cognitiva con adultos mayores son el producto, tanto, de la disposición de los pacientes como del trabajo en equipo que forman la psicóloga y la coterapeuta para el beneficio de los participantes del grupo.

En la recuperación de un paciente la dimensión espiritual juega un papel muy importante. "El que se queda a nivel de la psicología no acepta las cosas del Espíritu. Para el son tonterías y nos las puede apreciar, pues necesita una experiencia espiritual" (1 Corintios 2:14, Biblia Católica Latinoamericana), el que se queda únicamente con la ciencia de la psicología y no acepta las cosas espirituales no contará con un recurso poderoso para ayudar al paciente en su recuperación.

### **Recomendaciones**

Se recomienda a la Clínica Marcial Rodríguez Conejo que pueda gestionar un espacio adecuado para la atención de pacientes en el área de la psicología clínica. Esto con el fin de evitar interrupciones durante los procesos psicoterapéuticos.

Así mismo es deseable que la Clínica Marcial Rodríguez Conejo implemente talleres para familiares y cuidadores de pacientes con diferentes trastornos y enfermedades mentales, donde se le brinden herramientas para que sepan cómo abordar a las personas con problemas mentales.

En virtud de la gran demanda del servicio de psicología en el nivel dos en la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, se requiere de más personal para brindar un mejor servicio. No se hace posible llevar adelante de manera efectiva algunos procesos cuando las citas son tan espaciadas, y se cuenta con una sola profesional en psicología clínica en este nivel.

Se recomienda a la Escuela de Psicología de la Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA) implementar cursos adicionales en el área de psicología clínica, realizar convenios con instituciones de la Caja Costarricense de Seguro Social para que los estudiantes tengan acceso a campos clínicos. Manejar una lista de personas con necesidad de atención psicológica para que los estudiantes avanzados de la carrera de psicología puedan atenderlos, esto con el fin de adquirir más experiencia en este campo.

Se recomienda a cada estudiante de psicología en la Universidad Adventista de Centroamérica, que sea consciente que la profesión del psicólogo conlleva una gran responsabilidad para con sus pacientes.

## **Referencias**

Álvarez, M. (2012). Teorías Psicológicas. Recuperado el 18 de junio del 2018 de [https://www.researchgate.net/profile/Melba\\_Alvarez/publication/280626046\\_LIBR](https://www.researchgate.net/profile/Melba_Alvarez/publication/280626046_LIBR)

O\_DIDACTICO\_TEORIAS\_PSICOLOGICAS/links/55bfc27c08ae9289a09b615b/  
LIBRO-DIDACTICO-TEORIAS-PSICOLOGICAS.pdf.

American Psychiatric Association. (2014). Manual de publicaciones. 6ta ed. México.

Blázquez, J. González, B., y Paúl, N. (2015). Evaluación Neuropsicológica. Recuperado el 18 de septiembre del 2018 de [file:///C:/Users/Joz/Downloads/1046002\\_Blazquez.pdf](file:///C:/Users/Joz/Downloads/1046002_Blazquez.pdf)

Barrantes, R. (2007). Investigación Un camino al conocimiento. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Caja Costarricense del Seguro Social (s.f). Antecedentes Históricos de la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, Alajuela, Costa Rica.

Carballo, M. (2013). Enfoque Cognitivo Conductual. Publicaciones Méndez Pidal. Madrid, España.

Crespo, B., Pérez, R, Gaité, L., Peña, M., Mata, I., Rodríguez, J., Martínez, O., Pardo, G., Ayesa, R., Gonzales, C., Caseiro, O., Vázquez, J. (2010). Guía de Psicoeducación para las familias diagnosticadas de psicosis. Recuperado el 20 de septiembre del 2018 de <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>

Díaz, E., Sosa, A. (2009) *Cognitive intervention in patients with mild cognitive deterioration and mild dementia*, volumen (14) 6-10

García, A. (2011). Psicología y mente. Recuperado el 31 de julio del 2018 de <https://psicologiaymente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaronbeck>.

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. 5ta ed. Chile. Mc Graw Hill.
- Medina, J. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, México: secretaria de salud.
- Montenegro, M., Montejo, P., Llanero, M., & Reinoso, A. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de logopedia, Foniatría y Audiología*, volumen (32) 47-56
- Perona, S., Cuevas. C., Vallina, O., Lemos, S. (2010) Terapia Cognitivo Conductual de la esquizofrenia. Madrid, España.
- Rojas, Z (s.f).El examen psiquiátrico del paciente. Recuperado el 18 de septiembre del 2018 de <https://docplayer.es/12601488-El-examen-psiquiatrico-del-paciente-dr-zeirith-rojas-alfaro.html>.
- Timms, P. (2009). Terapia cognitiva conductual. Recuperado el 13 de agosto del 2018 de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>.
- Wiley, J. Sons L. (2009). Pensar bien y sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes. Recuperado el 31 de Julio del 2018 de <http://tuvтана.files.wordpress.com/2015/06/pensarbien-sentirsebienma-stallardpau11.pd>.

Apéndice

Apéndice A

**TEST DE EVALUACIÓN RÁPIDA  
DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS**

**ERFC**

**PUNTAJES TOTALES Y CALIFICACIÓN**

PUNTUACIÓN	FUNCIONES COGNOSCITIVAS	PUNTUACIONES MÁXIMAS	PUNTUACIONES OBTENIDAS
Puntuación I	Orientación témporo-espacial.	8	8
Puntuación II	Atención, memoria y recuerdo.	10	5,5
Puntuación III	Cálculo mental	2	2
Puntuación IV	Razonamiento y juicio.	5	4
Puntuación V	Comprensión	5	5
Puntuación VI	Denominación	4	4
Puntuación VII	Repetición	2	2
Puntuación VIII	Orden escrita	1	1
Puntuación IX	Fluidez verbal	4	4
Puntuación X	Praxias	6	5
Puntuación XI	Reconocimiento visual	1	1
Puntuación XII	Escritura	2	2
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	43,5 + DCL

Una puntuación menor de 46 puntos indica una posibilidad significativa de alteración de las funciones cognitivas. Para los sujetos cuyo nivel cultural y/o educativo es inferior a 4 años (escolarización) o cuya edad es menor de 60 años, una puntuación inferior a 47 puntos indica una deficiencia cognitiva.

**Apéndice B.**

