

Universidad de Lima

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología



# **EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EL PROYECTO SOCIAL DE UNA INSTITUCIÓN EN SAN JUAN DE MIRAFLORES**

Trabajo de suficiencia profesional para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

**Alberto Sebastián Pacheco Araoz**

**Código 20080747**

Lima – Perú

Febrero de 2019



**EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EL  
PROYECTO SOCIAL DE UNA INSTITUCIÓN EN  
SAN JUAN DE MIRAFLORES**

# TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>CAPÍTULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	7
<b>CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS</b> .....	9
2.1 Promoción del servicio psicológico gratuito en el distrito.....	9
2.1.1 Propaganda pública.....	9
2.1.2 Invitación personal.....	9
2.2 Educación a los pacientes acerca del proceso psicológico .....	10
2.2.1 Especificación de las normas de atención y de su importancia .....	10
2.2.2 Propuesta de tiempo de tolerancia frente a la impuntualidad .....	10
2.3 Realización de una psicoeducación profunda .....	10
2.3.1 Encuadre previo .....	11
2.3.2 Psicoeducación detallada .....	11
2.4 Atención psicológica en el ámbito clínico .....	11
2.4.1 Consolidación de la alianza de trabajo y motivo de consulta .....	11
2.4.2 Análisis y diagnóstico .....	12
2.4.3 Supervisión constante .....	13
2.4.4 Intervención clínica.....	14
2.5 Realización de talleres psicológicos .....	15
2.5.1 Publicidad .....	15
2.5.2 Taller “Control de la ira” .....	15
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN</b> .....	16
<b>Conclusiones</b> .....	19
<b>Recomendaciones</b> .....	20
<b>Referencias</b> .....	21
<b>Apéndices</b> .....	26

## ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice 1: <i>Formato de fichas de registro del proyecto social</i> .....	27
Apéndice 2: <i>Modelo de historia clínica (Becerra, S., Chau, C. y Rojas, R.)</i> .....	29
Apéndice 3: <i>Modelo de análisis funcional del proyecto social</i> .....	41
Apéndice 4: <i>Formato de registro de la sesión del proyecto social</i> .....	42
Apéndice 5: <i>Taller “Control de la ira” (afiche publicitario y cronograma)</i> .....	43

# INTRODUCCIÓN

Tomando como referencia las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2017), se puede deducir que el distrito de San Juan de Miraflores, por sus características históricas, poblacionales y geográficas, tiene diferentes oportunidades de desarrollo en variadas áreas como la económica, la social, la educativa, la referente a la salud y su respectivo acceso, la seguridad ciudadana, y la higiene ecológica. Por ende, en el presente trabajo se pretende dar a conocer los detalles e importancia de la experiencia laboral perteneciente al área clínica realizada entre agosto de 2015 hasta julio de 2016 en el proyecto social de una institución en San Juan de Miraflores. La experiencia fue de suma importancia, pues la realidad del distrito así lo requería para abordar sus demandas, especialmente las relacionadas a la salud mental. Para ello, en el primer capítulo se identifica el problema principal que demanda la población del distrito, y se busca aclarar los antecedentes y factores que lo conforman con el fin de determinar las necesidades específicas que este trae consigo. Seguidamente, en el segundo capítulo se describen cuáles fueron las funciones realizadas para hacer frente a las necesidades mencionadas, así como las actividades y tareas que las conformaban. A continuación, en el tercer capítulo se dan a conocer los resultados y logros obtenido a raíz de dichas funciones para identificar las medidas más pertinentes y ofrecer también aportes a la psicología. Posteriormente se resaltan las conclusiones más significativas que otorga la experiencia laboral, y finalmente se ofrece un conjunto de recomendaciones con el fin de guiar a posibles profesionales de la salud que fuesen a trabajar en el proyecto social con la población del distrito de San Juan de Miraflores.

## **CAPÍTULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El distrito de San Juan de Miraflores tiene una población total de 415870 habitantes (INEI, 2017), y por su ubicación geográfica, pertenece al sector Lima Sur. Como distrito, cabe mencionar que este evidencia diferentes oportunidades de mejora pendientes. Con respecto al factor socioeconómico de la población, el INEI (2016) sostiene que un 43.2% pertenece al estrato medio bajo, y un 10.2% al estrato bajo; asimismo, con respecto a los ingresos per cápita por hogar, se informa que el 45.1% alcanza entre 575.70 a 898.99 Nuevos Soles, y el 9.9% cuenta con un ingreso menor de 575.69 Nuevos Soles.

En cuanto al plano educativo, el Ministerio de Educación (MINEDU) (2016) resalta que la UGEL San Juan de Miraflores presenta los peores resultados en comprensión lectora, pues sólo un 54% de sus alumnos logra los aprendizajes de segundo grado de primaria. Asimismo, en esta, se da una menor accesibilidad a las instituciones educativas públicas, puesto que solo un 50% de sus usuarios se pueden trasladar a ellas en un tiempo menor a los 30 minutos (MINEDU, 2015). De igual modo, en referencia al acceso a la salud, cabe afirmar que para tal amplia población, existen sólo 317 establecimientos de salud, de los cuales 109 no cuentan con categoría (INEI, 2017). Asimismo, con respecto al factor de la seguridad ciudadana, es prudente afirmar que el distrito evidencia el más alto índice de víctimas de hechos delictivos en Lima Metropolitana, ya que un 40% de sus ciudadanos sufrieron alguna clase de agravio. (“San Juan de Miraflores presenta el más alto índice de víctimas de delitos”, 2018). Asimismo, en lo que respecta al factor ecológico, Oldenhage (2016) afirma que en el distrito existe una cultura de trato irresponsable de la basura con respecto al cuidado del medio ambiente, por lo que en el año 2015 se generó 79, 952, 652 Kilogramos de desechos, lo que tuvo como consecuencia una alta incidencia en enfermedades respiratorias y la baja calidad

de vida de sus habitantes. Finalmente, en el plano familiar, cabe decir que la mayoría de los adolescentes del distrito sostienen que sus familias son disfuncionales (Macavilca, 2014).

Lo mencionado, son los antecedentes del principal problema específico por abordar durante la experiencia laboral en el proyecto social de la institución: la necesidad de atención psicológica por parte de los habitantes del distrito, más específicamente, en casos de violencia y de depresión. Lo comentado guarda mucho sentido, ya que si se toma como referencia a Romero (2015), se puede recalcar que las variables socioeconómicas y psicosociales tienen una asociación notoria con la violencia. Asimismo, Arrieta (2014) resalta que dos de los factores más asociados a los síntomas depresivos son las dificultades económicas y las familiares.

Para solucionar de un modo íntegro el problema específico mencionado, fue necesario considerar algunos factores como demandas particulares. En primer lugar, en la población existía muy poca promoción del servicio de psicología del proyecto social; lo cual llevaba a sus habitantes a ignorar que servicios gratuitos de atención psicológica eran ofrecidos en su distrito. Además, cabe resaltar que evidenciaban un muy bajo nivel de compromiso con el proceso psicológico, lo cual se traducía en el ausentismo a sesiones, la impuntualidad a las mismas y la deserción del proceso completo. Finalmente, cabe mencionar que manifestaban un escaso conocimiento de cómo funciona un proceso psicológico, lo cual perjudicaba la adherencia al tratamiento, ya que variables socioeconómicas y personales la pueden obstaculizar (Tapias, 2014).

Tomando en cuenta las necesidades mencionadas, nace la institución con el fin de subsanarlas. Posteriormente, una universidad inició ahí un proyecto social creando un departamento de psicología. Durante la experiencia de trabajo, el proyecto social contó con un ambiente constituido por tres consultorios, una sala de espera y un ambiente común para los psicólogos supervisores, internos y voluntarios.



## **CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS REALIZADAS**

Teniendo como horizonte la necesidad de atención psicológica en el distrito, se realizó una serie de funciones y actividades que serán explicadas en el presente capítulo.

### **2.1 Promoción del servicio psicológico gratuito en el distrito**

Se llevaron a cabo actividades de promoción de la salud, para lo cual es más provechoso mirarla no en una relación directa con la enfermedad, sino como el bienestar del individuo (Góngora, 2014).

#### **2.1.1 Propaganda pública**

El primer paso para dar a conocer en San Juan de Miraflores acerca de la ayuda ofrecida por el proyecto social de la institución, fue caminar por el distrito repartiendo volantes que explicaban la atención ofrecida. Asimismo, se dedicaba un momento para detallarle a quienes recibían la propaganda, acerca del servicio brindado. En la misma línea, se diseñaron carteles promocionales que cumplían el mismo fin, los cuales se colocaron en las diferentes zonas de la institución.

#### **2.1.2 Invitación personal**

Cuando se acercaban las personas a averiguar acerca del servicio ofrecido, se les daba una explicación clara y concisa, y se les invitaba a sacar una cita para poder ayudarlos a través del servicio de atención psicológica. Asimismo, conforme se iban mostrando satisfechos con el servicio ofrecido, se les sugería que si tenían algún familiar o conocido que también

necesitase apoyo psicológico, lo invitaran a acercarse al local para poder sacar una cita gratuita de atención.

## **2.2 Educación a los pacientes acerca del proceso psicológico**

De un modo claro y preciso se le dio a conocer a todo paciente las normas del proceso de atención con el fin de comprometerlo con el mismo, en favor sus propios objetivos. Se buscó esto porque el bajo compromiso por parte del paciente puede dificultar la meta de alcanzar los beneficios, por lo que necesita la mayor determinación posible (Ramos, 2015).

### **2.2.1 Especificación de las normas de atención y de su importancia**

Desde el momento en que el paciente pedía una cita, se enfatizaba en la necesidad de que asista puntualmente a su hora de sesión asignada, puesto que, al estar reservada, no se les podía ofrecer esa hora a otros pacientes. Asimismo, se le motivaba a perseverar en el proceso ya que la interrupción o abandono del mismo, podía ser un obstáculo para el logro de sus metas.

### **2.2.2 Propuesta de tiempo de tolerancia frente a la impuntualidad**

Frente al problema de la constante impuntualidad de algunos pacientes, se propuso que, si el paciente excedía los 15 minutos de tardanza, no se le podría atender. Con ello los pacientes asociarían la conducta de llegar de manera impuntual con la idea de no recibir la atención que deseaban.

## **2.3 Realización de una psicoeducación profunda**

Desde la primera sesión, se completaba un formato de ficha de registro del paciente, propuesto por el proyecto social de la institución (véase Apéndice 1), y posteriormente, se llevaba a cabo una introducción al proceso psicológico, en el que se enfatizaba en la confidencialidad y el apoyo comprensivo por parte del psicólogo. Teniendo esa base, se desarrollaba una psicoeducación en la que se le

explicaba tanto la dificultad que padecía, como la necesidad y funcionamiento del tratamiento usado para poderla abordar y subsanar de una manera óptima, ya que es fundamental capacitar al consultante para que pueda enfrentar su dificultad de una manera más adaptativa (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016).

### **2.3.1 Encuadre previo**

Se proporcionó a modo de introducción la idea de que el espacio y hora de atención le pertenecían, por lo cual, se le invitaba a aprovecharlo y a expresar con libertad lo que desease sin temor a ser juzgado. Asimismo, se le habló del derecho a la confidencialidad, el cual hace respetar la privacidad del paciente (Bascañán, 2014).

### **2.3.2 Psicoeducación detallada**

Para alcanzar una mayor eficacia, no sólo se le proporcionó al paciente la información necesaria acerca de su dificultad y de lo que el proceso psicológico pretendía, sino que, como mencionan Montiel-Castillo y Guerra-Morales (2015), fue esencial otorgarle las herramientas para que pueda contar con ellas en posibles circunstancias adversas.

## **2.4 Atención psicológica en el ámbito clínico**

La atención psicológica que se ofreció al paciente fue debidamente asesorada por la psicóloga supervisora colegiada, y se priorizó afianzar tanto una sólida alianza de trabajo como un detallado motivo de consulta, para la óptima realización del análisis diagnóstico y su respectiva intervención.

### **2.4.1 Consolidación de la alianza de trabajo y motivo de consulta**

Sabiendo que la relación del psicólogo con el consultante es un predictor del éxito de las intervenciones psicológicas (Etchevers, Simkin, Putrino, Giusti, y Helmich, 2014), se iniciaba recordándole al paciente que era libre

de expresarse ya que el proceso se encontraba exento de juicios y en plena confidencialidad, por lo que se le invitaba a comprometerse con el mismo.

Asimismo, tomando en cuenta que un buen motivo de consulta es la base para iniciar la indagación (Rodríguez, Rosales, García y Luis, 2018), en el proyecto social se acordó que en toda primera sesión se priorizaría el conceptualizarlo dejando en claro los estímulos externos e internos, las cogniciones, las emociones (con su respectiva intensidad, duración y frecuencia), las reacciones fisiológicas, las reacciones conductuales, las consecuencias a corto y largo plazo, y finalmente las expectativas del tratamiento que traía el paciente consigo. Para ello, las dos mejores herramientas fueron la observación y la entrevista, ya que desde un inicio se han considerado las técnicas básicas de recolección de información, y sirven tanto para valorar situaciones como para establecer una relación que permita una recolección de datos más completa (Herrera, 2017).

Durante el proceso se priorizó la validación del consultante, ya que así se fomenta la sensación de comprensión y una óptima adherencia al tratamiento (Teti, Boggiano y Gagliesi, 2015); este énfasis se basa en que según Vargas (2014), la adherencia se puede ver perjudicada por factores como la mala relación con el psicólogo, la escasa confianza en este y la baja sensación de escucha y comprensión.

#### **2.4.2 Análisis y diagnóstico**

La observación y la entrevista, como principales fuentes de evaluación, se vieron complementadas con el proceso de la anamnesis, el cual tomó como guía al modelo de historia clínica propuesto por Becerra, Chau y Rojas, (véase Apéndice 2), con el fin de contar con la información más relevante

del paciente. Estas herramientas se encaminaron a realizar un óptimo y profundo análisis funcional, cuyo formato fue propuesto por el proyecto social de la institución (véase Apéndice 3). Esto se realizó, ya que es esencial hacer énfasis en los problemas más prioritarios y en sus variables causales más relevantes y modificables (González y Juárez, 2016), ya que su calidad contribuye a la aplicación eficaz de las intervenciones, porque se minimizan los posibles sesgos, se optimiza la toma de decisiones, e incrementa las garantías del éxito del tratamiento (Pardo y Calero, 2015).

Estas fuentes de información, así como el DSM V fueron las bases para contar con un criterio diagnóstico responsable. En este punto, cabe recalcar que se buscó tener mucho cuidado con caer en posibles etiquetas, por lo cual también se adoptó una postura dimensional, la cual se orienta a las necesidades específicas de cada persona (Torres-Soto, Moya-Faz, Giner-Alegría, y Oliveras-Valenzuela, 2019). Esto no solo ayuda a dar un diagnóstico adecuado, sino que permite ofrecer un mejor tratamiento personalizado, ya que aporta un enfoque más comprensivo y adaptativo a las características de la persona, ya que las diferencias cualitativas tanto de los rasgos de personalidad como de su funcionamiento, invita a ajustar la entrevista con el fin de obtener la información por áreas (Torres, 2018).

### **2.4.3 Supervisión constante**

Posterior a cada sesión, se completó un formato de registro de lo realizado en sesiones, propuesto por el proyecto social de la institución (véase Apéndice 4). Este sirvió como guía, puesto que, previo a la aplicación de intervenciones clínicas, se expusieron y debatieron los casos psicológicos, con los asesores y compañeros de trabajo. Esta práctica trae una mayor

calidad en el desempeño profesional del psicólogo, porque es tanto formativa como colaborativa (Zas, 2015).

#### **2.4.4 Intervención clínica**

Tanto para los casos de violencia, como para los de depresión se empleó como técnica principal a la reestructuración cognitiva, la cual pretende debatir las ideas irracionales que generan malestar emocional en el paciente, y reemplazarlas por cogniciones funcionales; puesto que conforme estos pensamientos son enfrentados, se debilitan y no causan del mismo modo el malestar emocional (Noriega y Tandazo, 2015).

En lo referente a los pacientes con depresión, se debatieron sus creencias irracionales acerca de sí mismos, de su futuro y del mundo, con el fin de instaurar nuevos pensamientos funcionales. En cambio, con respecto a los pacientes con dificultades de violencia, se hizo una separación entre los que asistían a sesión como víctimas y los que asistían como agresores. Mientras que con las víctimas se aplicó la reestructuración cognitiva y se les proporcionó información legal para poder resguardar sus vidas e integridad; con los agresores se aplicó también la reestructuración cognitiva y se les capacitó en estrategias de regulación emocional. Con estos últimos, se trabajó en conjunto con sus familiares para poder supervisar los avances del proceso, ya que su apoyo promueve que el consultante realice en casa lo trabajado en sesión (Teti, Boggiano y Gagliesi, 2015).

Tanto con los pacientes con depresión como con los que tenían dificultades con la violencia (víctimas y agresores), se realizó un proceso de seguimiento posterior a la intervención psicológica con el fin de monitorear el proceso de cambio en sus vidas cotidianas.

## **2.5 Realización de talleres psicológicos**

Se desarrolló un taller denominado “Control de la ira” con el fin de reducir los niveles de violencia que se evidenciaban en el distrito (véase Apéndice 5). Para lograr este objetivo es esencial debatir las creencias irracionales del agresor y capacitarlo para solucionar los conflictos regulando su ira (Romero, 2015).

### **2.5.1 Publicidad**

Para difundir el taller, se colgaron carteles publicitarios y se realizó una lista de los participantes atendidos en sesión que se podrían beneficiar de participar del mismo, y de manera presencial se les invitaba a inscribirse. Cabe mencionar que en cada sesión se tomó asistencia.

### **2.5.2 Taller “Control de la ira”**

Para alcanzar los cambios anhelados, fue necesario instruir a los participantes en habilidades como la regulación emocional, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal, tal cual recomiendan Teti, Boggiano y Gagliesi (2015). Específicamente, se priorizó trabajar la regulación emocional ya que esto permite modular las emociones y modificar los comportamientos para adaptarse y alcanzar las propias metas (Gómez y Calleja, 2017). De igual manera, se les capacitó en comunicación asertiva, ya que es una competencia fundamental para poder expresar ideas, emociones, necesidades y opiniones de modo claro y recíprocamente grato, lo cual contribuye al óptimo desenvolvimiento social (Avedaño, 2014).

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN**

Las intervenciones mencionadas en el capítulo anterior, alcanzaron metas que favorecieron mucho a los habitantes del distrito de San Juan de Miraflores. Estos logros fueron descritos de manera cuantitativa y cualitativa, con el fin de, posteriormente, contrastarlos con base teórica y conceder así aportes importantes a la psicología.

Desde que se comenzaron a aplicar las actividades de promoción descritas en el capítulo anterior, se pudo lograr que el número de personas que iban al local para pedir citas de atención, fuese incrementando notoriamente. Así, se consiguió que los tres consultorios psicológicos fuesen utilizados las ocho horas del día que se dedicaban a la atención, lo cual se tradujo en aproximadamente 24 pacientes atendidos al día. Además, muchos de ellos comentaron que venían recomendados por sus familiares o amigos que habían logrado un mayor bienestar personal. El impacto de estos logros reafirma, a nivel teórico, lo expresado por Góngora (2014), quien considera mucho más beneficioso el percibir a la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como el propio bienestar.

Asimismo, el educar al paciente con respecto a los requisitos del proceso psicológico permitió alcanzar la meta de incrementar semana a semana el número de personas que iban a sacar cita y asistían a la primera de manera puntual. En este mismo punto, cabe comentar con respecto a la propuesta de aplicar la norma de los 15 minutos de tolerancia, que en un principio algunos pacientes evidenciaron resistencias manifestando su incomodidad por haber perdido su cita, lo cual puso en duda la eficacia de la propuesta. No obstante, ante la persistencia por parte del personal del proyecto social con respecto al cumplimiento de la propuesta establecida, en adelante los pacientes asistieron puntualmente a su hora de atención, lo cual evidenció una aceptación de la norma y permitió desarrollar tanto la sesión completa como lograr los objetivos trazados. Ello produjo un impacto a nivel teórico-práctico



que va de la mano con lo señalado por Ramos (2015), quien sostiene que es importante que el paciente adopte con compromiso las normas del proceso para obtener los resultados anhelados. En la misma línea, se pudo notar que la combinación entre un encuadre claro y una psicoeducación profunda generó en los pacientes una mayor adherencia al proceso, tal cual se pretendía, lo que se reflejaba no sólo en la asistencia puntual y constante, sino también en conductas como: cumplir con las tareas encomendadas, expresarse con mayor libertad y proponer soluciones. Este resultado alcanzado se suma como contribución teórica y aplicativa a lo expresado por Canales y Barra (2014), quienes afirman que la adherencia al tratamiento no sólo implica seguir indicaciones, sino más aún, colaborar de forma voluntaria y activa con el proceso. Asimismo, acompañado de este punto, se evidenció que gracias a la psicoeducación detallada, las personas fueron comprendiendo cómo funcionaba su dificultad y la intervención, mostrando así un mayor nivel de compromiso y cambios en su vida cotidiana. Lo logrado refleja, como aportación teórica, lo expresado por Montiel-Castillo y Guerra-Morales (2016), quienes aseguran que la psicoeducación eficaz no solo transmite información, sino que pretende un cambio en el estilo de vida del consultante.

En cuanto a la aplicación misma de la atención psicológica en el ámbito clínico, se pudo observar que el desarrollar una sólida alianza de trabajo y un óptimo motivo de consulta abrió paso a que los pacientes expresen mejor sus dificultades y a una mejor recolección de información con el fin de identificar las necesidades y objetivos del consultante. El análisis profundo proporcionó mayores argumentos para determinar las prioridades de intervención clínica de un modo comprensivo, sin caer en etiquetas y resguardar así la integridad del consultante. Para ello, la supervisión constante fue de gran respaldo, puesto que gracias a ella se obtuvo una mayor gama de posibilidades para poder profundizar de modo evaluativo con el paciente, así como una mayor variedad de alternativas de intervención. Esta contribución teórico-aplicativa, se asocia con Villafuerte (2018), quien afirma que la supervisión clínica es

esencial para la formación del profesional, porque contribuye con retroalimentación y porque siembra una práctica ética que beneficia al consultante. Gracias a ello, las intervenciones clínicas, especialmente basadas en la reestructuración cognitiva, permitieron que los niveles de violencia y depresión de los pacientes fueran disminuyendo hasta alcanzar intensidades, duraciones y frecuencias funcionales para sus vidas cotidianas. Estos resultados van de la mano como aportación teórica con lo recalado por Noriega y Tandazo (2015), quienes sostienen que la reestructuración cognitiva permite reducir o hasta anular las reacciones emocionales no deseadas, y por ende, reaccionar de modo más funcional. Más específicamente, cabe decir que la mayor parte de los pacientes con depresión y de los consultantes con dificultades con la violencia, manifestaron en su última sesión de atención el sentirse agradecidos porque sus adversidades estaban siendo resueltas y que se sentían mucho más capaces de afrontarlas de manera independiente. Por ende, la mayor parte de ellos, fueron dados de alta, mientras que sólo algunos de los consultantes desertaron del proceso.

Finalmente, tomando en cuenta el taller realizado, cabe sostener que las personas invitadas se inscribían al taller recomendado y asistían al mismo. Además, se pudo notar que el número de asistentes fue incrementando tal como se deseaba, ya que se empezó la primera reunión con 2 personas, y a lo largo del taller se llegó a tener hasta 6 participantes. Como resultado del propio taller “Control de la ira”, cabe decir que tanto los pacientes agresores, como sus familiares expresaron que se daba un clima más armónico en el hogar ya que la regulación del paciente había incrementado considerablemente. Este logro se ajusta como contribución teórico-práctica al aporte de Romero (2015), quien afirma que para afrontar la violencia es fundamental debatir las ideas disfuncionales del agresor y capacitarlo en la regulación de su ira durante la solución conflictos. Además, los asistentes iban manifestando semana a semana, que cada vez les era más viable el desarrollar relaciones sociales saludables, ya que ahora entendían mejor a las demás personas y podían reaccionar de modos más asertivos.

## CONCLUSIONES

A partir de lo mencionado en los capítulos anteriores, el presente trabajo ofrece las siguientes conclusiones principales:

- La promoción del servicio psicológico es fundamental en distritos cuyo acceso al mismo es limitado o desconocido. Esta debe ser adaptada a las características de la población, buscando asociar la salud mental con el bienestar propio.
- Previo al proceso psicológico, es esencial notificar al paciente acerca de los requisitos del mismo y hacerlos respetar, con el fin de que se adopten con compromiso, y consecuentemente se alcancen los objetivos deseados.
- Es primordial que se psicoeduce al paciente acerca de su dificultad psicológica, y especialmente con respecto a su abordaje psicológico con el fin de que lo comprenda y se comprometa de modo protagónico con el mismo.
- Consolidar una sólida alianza de trabajo permite conceptualizar un adecuado motivo de consulta. Este paso, acompañado de una óptima observación y entrevista, permite desarrollar un profundo análisis funcional de carácter dimensional, el cual, reforzado por espacios de supervisión, permitirá aplicar la intervención de modo más eficaz y eficiente.
- La reestructuración cognitiva contribuye notoriamente a la reducción de los altos niveles de depresión y del elevado índice de violencia en la población del distrito.
- Tomando como base las características de la población, se puede afirmar que el taller “Control de la ira” resulta eficaz para reducir los niveles de violencia, ya que permite a las personas agresoras el poder reestructurar sus cogniciones, regular sus emociones, comunicarse asertivamente y por ende, solucionar sus conflictos de modo más funcional.

## RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta lo reportado, se ofrecen unas recomendaciones para quienes pretendan trabajar en el proyecto social de la institución con la problemática de la población:

- En primer lugar, se invita a continuar con la activa promoción del servicio psicológico, con el fin de que los habitantes sepan que cuentan con el acceso gratuito al mismo. Se sugiere especialmente recorrer el distrito de modo presencial.
- Se sugiere llevar un detallado control numérico acerca de la asistencia de los pacientes, así como de su motivo de consulta, y de su fecha de conclusión o deserción del proceso.
- Se recomienda también que cuando los consultantes vayan a pedir una cita, se aproveche el momento para educarlos con respecto a las normas del proceso psicológico referentes a la asistencia puntual y constante, con el fin de promover su compromiso.
- En la misma línea, se aconseja que, haciendo uso de un vocabulario accesible para la comprensión del paciente, se le otorgue una psicoeducación profunda con respecto a su dificultad psicológica y a su respectivo abordaje psicológico; con el fin de promover su óptima adherencia al proceso psicológico y un cambio en su estilo de vida.
- Se enfatiza en la prioridad de establecer una sólida alianza de trabajo con el paciente. Esto permitirá conceptualizar y analizar el caso con una mayor facilidad, para lo cual también es esencial acompañarse de espacios de supervisión para intervenir eficazmente.
- Se plantea continuar aplicando la reestructuración cognitiva como principal técnica para reducir los niveles de depresión y violencia en los habitantes del distrito.
- Finalmente, se propone aplicar el taller “Control de la ira” para ayudar a las personas agresoras a debatir sus creencias irracionales, regular sus emociones y comunicarse asertivamente; con el fin de disminuir los niveles de violencia que existen en la población.

## REFERENCIAS

- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Avendaño, H. (2014). La comunicación asertiva como ventaja competitiva. *Universidad Militar Nueva Granada*. Recuperado de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/11994/La%20Comunicacio%CC%81n%20Asertiva%20como%20ventaja%20Competitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bascuñán, M. (2014). Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de formadores, psicoterapeutas y consultantes (tesis doctoral). Recuperado de [http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180841/BASCU%C3%91AN\\_MARIA\\_LUZ\\_2473D.pdf?sequence=1](http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180841/BASCU%C3%91AN_MARIA_LUZ_2473D.pdf?sequence=1)
- Canales, S., y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., y Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 23-30. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n1/v21n1a02.pdf>
- Gómez, O., y Calleja, N. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.

Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>

Góngora, L. (2014). Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud. *Medisan*, 18(05), 684-694. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds1451.pdf>

González, M., y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1027-1047. Recuperado de <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>

Herrera, J. (2017). La investigación cualitativa. Recuperado de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/1167/1/La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Planos estratificados de Lima Metropolitana a nivel de manzanas 2016*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1403/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1403/libro.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Provincia de Lima: Compendio estadístico 2017*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1477/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1477/libro.pdf)

Macavilca, J. (2014). *Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la IE Juan de Espinosa Medrano 7082, San Juan de Miraflores* (tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3657/Macavilca\\_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3657/Macavilca_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Educación. (2015). *Lima Metropolitana: ¿cómo vamos en educación?* Recuperado de [http://escale.minedu.gob.pe/c/document\\_library/get\\_file?uuid=c19693c1-a698-4033-8c20-eb8736c27f99&groupId=10156](http://escale.minedu.gob.pe/c/document_library/get_file?uuid=c19693c1-a698-4033-8c20-eb8736c27f99&groupId=10156)

Ministerio de Educación. (2016). *Lima Metropolitana: ¿cómo vamos en educación?* Recuperado de <http://escale.minedu.gob.pe/documents/10156/4228634/Perfil+Lima+Metropolitana.pdf>

Montiel-Castillo, V., y Guerra-Morales, V. (2015). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v19n36/0124-0137-psico-19-36-00324.pdf>

Montiel-Castillo, V., y Guerra-Morales, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42, 332-336. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n2/332-336/es>

Noriega, C., y Tandazo, N. (2015). *Reestructuración cognitiva en el consumo de alcohol de los adolescentes de la unidad educativa intercultural bilingüe “Jaime Roldos Aguilera” de Colta, periodo febrero–julio 2015* (tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología Clínica). Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1003/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2015-0016.pdf>

- Oldenhage, F. (2016). Propuesta de un programa de gestión para mejorar el manejo de los residuos sólidos en el distrito de San Juan de Miraflores con respecto al ambiente, el servicio de recojo y el comportamiento de la población. *Industrial Data*, 19(2), 7-12. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/816/81649428002.pdf>
- Pardo, R., y Calero, A. (2015). Dificultades en la intervención psicológica de un caso clínico complejo de ansiedad y obsesiones: la importancia del análisis funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163), 17-39. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/60672688.pdf>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 16(2), 175-189. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Rodríguez, G., Rosales, E., García, M., y Luis, O. (2018). Motivos de consulta psicológica en grupos etarios. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 1(1), 221-228. Recuperado de <https://revistas.uaa.mx/index.php/ippd/article/view/651/628>
- Romero, S. (2015). Características psicológicas de los hombres agresores a la pareja: clasificaciones y aproximaciones terapéuticas. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6297/1/Romero%2C%20Sabrina.pdf>
- San Juan de Miraflores presenta el más alto índice de víctimas de delitos. (22 de noviembre de 2018). *Diario Correo*. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/edicion/lima/san-juan-de-miraflores-presenta-el-mas-alto-indice-de-victimas-de-delitos-855008/>
- Tapias, L. (2014). Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. *CES Movimiento y Salud*, 2(1), 23-30.



Recuperado de

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoosalud/article/view/2969/pdf>

Teti, G., Boggiano, J., y Gagliesi, P. (2015). Dialectical-Behavior Therapy: A possible treatment for patients with severe disorders. *Vertex*, 26(119), 57-64. Recuperado de <https://europepmc.org/abstract/med/26480276>

Torres, J. (2018). Aportaciones del Modelo Dimensional del DSM-5 y del inventario PID-5, al diagnóstico y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Aplicación en un Hospital de Día (tesis doctoral). Recuperado de <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/3659/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Torres-Soto, J., Moya-Faz, F., Giner-Alegría, C., y Oliveras-Valenzuela, M. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de psicología* 35(1), 47-57. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>

Vargas, F. (2014). Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(1), 5-7. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/romm/v6n1/editorial2.pdf>

Villafuerte, A. (2018). La práctica de la supervisión clínica en México: Una actividad profesional en desarrollo. *Multidisciplinary Health Research* 1(2), 43-46. Recuperado de <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/2470/1/560-1412-A.pdf>

Zas, B. (2015). Formación en supervisión psicológica: peculiaridades de su desarrollo en la preparación del profesional de la Psicología en Cuba. *Revista Integración Académica en Psicología*, 3(7), 39-47. Recuperado de <http://www.integracion-academica.org/attachments/article/84/04%20Formacion%20supervision%20-%20BZas.pdf>

# APÉNDICES

# APÉNDICE 1: FORMATO DE FICHAS DE REGISTRO DEL PROYECTO SOCIAL

## I. DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

5. Tiempo de residencia en Lima: \_\_\_\_\_

6. Estado civil: \_\_\_\_\_

7. Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

8. Ocupación actual: \_\_\_\_\_

a. Centro de estudios: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

b. Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

9. Con quién(es) vive: \_\_\_\_\_

10. Número de hijos: \_\_\_\_\_

11. Número de hermanos: \_\_\_\_\_

12. Posición ordinal: \_\_\_\_\_

13. Dirección: \_\_\_\_\_

14. Teléfono: \_\_\_\_\_

15. Informantes: \_\_\_\_\_

16. Fechas de las entrevistas: \_\_\_\_\_

17. Entrevistadores: \_\_\_\_\_

**II. MOTIVO DE CONSULTA**

**III. OBSERVACIONES DEL PACIENTE**

**IV. DATOS FAMILIARES**

<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Tipo de relación</b>

**V. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y MÉDICOS**

<b>Diagnóstico presuntivo:</b>	
<b>Diagnóstico definitivo:</b>	
<b>Derivado a:</b>	

## **APÉNDICE 2: MODELO DE HISTORIA CLÍNICA (BECERRA, S., CHAU, C. Y ROJAS, R.)**

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

1. Nombres y Apellidos:

2. Sexo:

3. Edad:

4. Lugar y fecha de nacimiento:

5. Tiempo de residencia en Lima:

6. Estado civil:

7. Grado de instrucción:

8. Ocupación actual

a. Centro de estudios:

Grado:

b. Centro de trabajo:

Cargo:

9. Religión:

10. Idiomas:

11. Con quién(es) vive:

12. Número de hijos:

13. Número de hermanos:

14. Posición ordinal:

15. Dirección:

16. Teléfono:

17. Informantes:

18. Médico responsable del caso:

19. Psicólogo responsable del caso:

20. Fechas de las entrevistas:

21. Lugar de la entrevista:

22. Entrevistadores:

## II. DESCRIPCION FISICA Y CONDUCTUAL DEL PACIENTE

### III. PROBLEMA ACTUAL

#### 3.1. Motivo de consulta

- Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de su (s) problemas (s) principal (es).
- Explique qué siente a nivel emocional y corporal, qué piensa y qué hace cuando aparece el (los) problema(s).
- Explique en qué situación(es) aparecen el o los síntomas (dónde) y la frecuencia con que se presenta(n).
- Exprese el impacto que el (los) problema(s) tiene en las diferentes áreas (educacional, laboral, social, sexual) de la vida del paciente.
- Determine el impacto que el (los) problema(s) tiene en la familia y en su entorno

#### 3.2. Desarrollo cronológico del problema

- Haga una breve reseña de la historia y del desarrollo de su(s) problema(s) desde su origen hasta el presente (indicio, situación, frecuencia, intensidad (0 – 10), duración, cambios conductuales y reacción del medio ambiente ante ellos.

#### 3.3. Tratamientos psiquiátricos y psicológicos previos

- Señale brevemente a quién ha consultado acerca de su (s) problemas (s) actual (es).

#### 3.4. Opinión del paciente sobre su problema

- ¿Qué opina usted sobre su(s) problema(s) actual(es)?
- ¿A qué atribuye su(s) problema(s)? (fantasías de enfermedad)
- ¿Qué expectativas tiene hacia el tratamiento? (expectativas de cura)

## IV. HISTORIA PERSONAL

Desarrollar los siguientes puntos:

1. DESARROLLO INICIAL

1. Edad de los padres cuando usted nació.
2. Condición de su madre durante el embarazo.
3. Actitud de su padre y de su madre hacia su llegada.
4. Lugar del alumbramiento / parto.
5. Naturaleza del parto (duración del embarazo, dificultades).
6. Peso y tamaño al nacer: otros datos relevantes.
7. Nutrición general y dificultades en la alimentación.
8. Edad de inicio de: la marcha, las primeras palabras y el control de esfínteres (pedir ir al baño).
9. Persona a cargo de su cuidado durante su niñez (si fuera otra distinta a sus padres, indique la razón).
10. Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su niñez:
  - temor nocturno
  - chuparse el dedo
  - orinarse en la cama
  - tartamudez
  - temores en general
  - comerse las uñas
  - sonambulismo
  - rabietas
- Otros: .....
11. Tipo de juegos preferidos durante su niñez.
12. Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar cuando usted era niño.
13. En términos generales, ¿cómo considera que fue su niñez?

## 2. EDUCACIÓN

### a. Historia escolar

1. Edad y año de ingreso al nido / jardín de infantes
2. Indique cómo se sintió en el nido, la relación con sus compañeros y profesores y mencione algún recuerdo significativo de esta etapa.
3. Edad y año de ingreso al colegio.
4. Nombre y tipo (mixto, sólo mujeres / hombres; estatal, particular; laico, religioso) del (los) colegio (s) donde ha cursado sus estudios escolares. Si fuera más de uno, indique las razones de su traslado y el (los) año (s).
5. De una impresión general de sus primeros días de clase.
6. Haga una reseña de su historia escolar, en base a los siguientes datos:
  - Relación con sus compañeros y/o compañeras
  - Relación con sus profesores y/o profesoras
  - Nota promedio de todos los años escolares y ubicación en el cuadro de méritos de su salón.
  - Monto de esfuerzo en sus estudios (haga una diferenciación por años si es relevante)
  - Cursos preferidos y aquellos que le gustaban menos
  - Cursos en los que le fue mejor o peor
  - Grado de participación académica en clases
  - Grado de participación en las actividades, juegos y actuaciones
  - Años repetidos; indique el motivo y las consecuencias
  - Conducta (buena – regular – mala; tipo de problemas)
  - Dificultades de aprendizaje (falta de atención, de concentración, etc.)
7. Asistía regularmente a clases? Si su respuesta es NO, indique los motivos.
8. Se sentía integrado (a) a su grupo de compañeros? ¿Por qué?

### b. Otros estudios realizados



1. Debido a dificultades en el aprendizaje y/ o de conducta, realizó estudios en algún centro especial? Si su respuesta es SI, especifique el nombre de la institución y el (los) año (s) que asistió.
2. Ha realizado algún tipo de estudios paralelo o posterior al colegio? Indique cuáles y en que años.
3. Estudia o estudió alguna carrera técnica y/o universitaria? Indique cuáles, dónde y los años de estudio.
4. Haga una breve reseña de sus estudios profesionales o técnicos, siguiendo los mismos lineamientos que para la pregunta 6, del apartado anterior.

### 3. HISTORIA DEL TRABAJO

1. Se mantiene Ud. solo o depende económicamente de alguien?
2. Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado? Mencione por cuánto tiempo trabajó, su grado de satisfacción con el trabajo, en qué empleaba su sueldo, cómo se llevaba con sus compañeros y con sus jefes.
3. Qué tipo de trabajo desempeña Ud. actualmente? Mencione desde cuándo lo hace y los puntos anteriores.
4. Que trabajo le gustaría desempeñar en un futuro?

### 4. RELACIONES INTERPERSONALES

- a. Amistades (desde la adolescencia)
  1. Le resulta fácil establecer y conservar amistades? ¿Por qué?
  2. Tiene algún amigo muy cercano o íntimo al que usted pueda contar información muy personal?
  3. Considera usted que es una persona amigüera y que cuenta con muchos amigos, o es más bien una persona “de pocos amigos”.
  4. Qué tipo de actividades suele compartir con sus amigos?
  5. Cómo se siente cuando se encuentra con sus amigos?
  6. Realice una evaluación de cómo se han ido desarrollando sus relaciones interpersonales.
- b. Relación con el sexo opuesto

1. Cantidad de enamorados(as) y edad en que los(las) tuvo.
2. Realice una breve reseña de la(s) relación(es) más significativas que tuvo, especialmente de la primera, indicando el motivo de la(s) ruptura(s).
3. Realice una evaluación de lo que significa para usted una relación de pareja.
4. Si usted tiene enamorado(a) actualmente, conteste a lo siguiente: (no contestar si usted es casado)
  - edad de su pareja
  - ocupación
  - descripción física y características de personalidad
  - cómo se conocieron
  - grado de satisfacción actual con su relación
  - aspectos que le agradan y que le desagradan de él (ella)

## 5. HISTORIA PSICOSEXUAL

### a. Información sobre el sexo

1. Hubo instrucción sexual o conversaciones sobre el tema en su casa?
2. Actitud de sus padres en relación al sexo.
3. Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo (padre, madre, hermanos, familiares, amigos, colegio, películas, libros, revistas, religiosos)?
4. Considera que la información que tiene sobre el sexo es suficiente y adecuada? Indique por qué.
5. Considera que la educación sexual es importante?

### b. Historia sexual

5. Cuándo tomó usted conciencia de sus propios impulsos sexuales?
6. Alguna vez se sintió angustiado o culpable por realizar algún tipo de actividad sexual? En caso afirmativo, especifique.
7. Qué opina usted sobre la masturbación?

8. Se ha masturbado usted alguna vez? ¿Cuándo fue la primera vez que se masturbo?  
¿Cómo se sintió?
9. Con cuánta frecuencia se masturba usted actualmente?
10. Qué recuerdos tiene acerca de los cambios que se dieron en su cuerpo durante la pubertad? ¿Cómo se sintió?
11. A qué edad tuvo su primera regla? ¿Cómo se sintió? ¿Cuál fue la reacción de su medio ambiente?
12. Su regla es: ¿Regular? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
13. Frecuencia (cada cuántos días) \_\_\_\_\_
14. Duración \_\_\_\_\_
15. Padece de dolores? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Antes \_\_\_\_\_
16. Durante \_\_\_\_\_
17. Le afecta la regla el estado de ánimo? ¿Cómo así?
18. Ha tenido relaciones sexuales? Si las tuvo, especifique a que edad tuvo su primera relación sexual, y cómo se sintió.
19. Mantiene usted actualmente relaciones sexuales? ¿Con quién(es)? ¿Son satisfactorias? Especifique.
20. Presenta algún problema en sus relaciones sexuales? Especifique.
21. Alguna vez ha tenido prácticas y/o intereses sexuales fuera de lo común? Especifique.

## 6. EDUCACIÓN HOGAREÑA Y RELIGION

1. De qué forma lo castigaban sus padres o la(s) persona(s) a su cargo cuando era pequeño?
2. Y de qué forma lo premiaban?
3. Recuerda usted cómo se sentía cuando era premiado o castigado?
4. Considera usted que había una coherencia entre lo que sus padres le decían y lo que hacían?
5. Describe en pocas palabras su formación y participación religiosa.

## 7. HISTORIA DE LA RECREACION Y DE LA VIDA SOCIAL

1. En que ocupa su tiempo libre?
2. Existen actividades que le gustaría realizar y que no lo hace actualmente? ¿Por qué? ¿Cuáles son?
3. Le gustan los deportes? ¿Practica actualmente alguno? ¿Cuál(es)?

## 8. HÁBITOS

1. Subraya cualquiera de los siguientes hábitos que usted tiene:

- Tartamudez
- Comerse las uñas
- Tics
- Sacarse “conejos”
- Jugar en exceso (especifique:

---

\_\_\_\_\_)

- Beber en exceso
- Fumar tabaco
- Trabajar en exceso
- Consumir drogas (especifique:

---

\_\_\_\_\_)

## 9. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

1. En general, cuál fue su estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades que tuvo y la edad que tenía (reacción de padres u otros).
2. Mencione cuál es su estado de salud desde la adolescencia hasta la actualidad. Enumere las enfermedades que tuvo y la edad que tenía, así como algún dato que considere significativo (reacciones padres u otros).
3. Ha tenido intervenciones quirúrgicas? Enumérelas, indique razón y especifique la edad.
4. Ha tenido algún accidente? Especifique la edad y las consecuencias.

## 10. MOVILIDAD E INSTALACIÓN

1. Ha cambiado de residencia alguna vez? Especifique: motivo del cambio, fecha, lugar, tiempo de permanencia en cada lugar, con quién (es) vivía.
2. Cómo se ha sentido al cambiar de residencia?
3. Hable de algo acerca de su adaptación al nuevo ambiente / medio.

## 11. DELINCUENCIA, RÉCORD POLICIAL / JUDICIAL

1. Ha tenido algún problema con la justicia? ¿En qué año? Coméntenos al respecto (motivo, cómo se resolvió el problema, etc.).

## 12. PERSONALIDAD

1. Indique rasgos de personalidad sobresalientes, actitudes hacia sí mismo, estados de ánimo predominantes durante niñez, adolescencia y adultez.
2. Ambiciones, metas e ideales.

## V. HISTORIA MARITAL O DEL COMPROMISO ACTUAL

### 1. CONYUGUE

#### a. Datos de filiación

1. Nombres y apellidos
2. Edad
3. Lugar y fecha de nacimiento
4. Tiempo de residencia en Lima
5. estado civil
6. Grado de instrucción
7. Ocupación actual (centro de trabajo y cargo)
8. Religión
9. Idiomas

b. Características personales

1. Describa brevemente las características físicas y de personalidad de su pareja.

c. Relación entre los cónyuges

1. Cómo calificaría la relación actual que lleva con su pareja? Indique el grado de armonía y satisfacción, conflictos, etc.
2. En qué área(s) cree usted que se relaciona mejor con su pareja?
3. En qué área(s) tiene mayor(es) conflicto(s)?

2. HIJOS (Indique los datos de cada hijo que tenga, en orden de edad)

a. Datos de filiación

1. Nombre y apellidos
2. Sexo
3. Edad
4. Lugar y fecha de nacimiento
5. Tiempo de residencia en Lima
6. Estado civil
7. Grado de instrucción
8. Ocupación actual

Centro de estudio:

Grado:

Centro de trabajo:

Cargo:

9. Religión

b. Características personales

1. Describa brevemente las características de personalidad de cada uno de sus hijos.

c. Relación del paciente con sus hijos

1. Cómo calificaría la relación actual que lleva con cada uno de sus hijos y con ellos globalmente?

d. Relación del cónyuge con sus hijos

1. Cómo calificaría la relación de su pareja con cada uno de sus hijos y con ellos globalmente?

e. Relación entre los hermanos

1. Cómo se llevan sus hijos entre sí?

## VI. HISTORIA FAMILIAR

1. PADRES

1.1. Padre

a. Datos de filiación

1. Nombres y apellidos

2. Edad

3. Lugar y fecha de nacimiento

4. Tiempo de residencia en Lima

5. Estado civil

6. Grado de instrucción

7. Ocupación actual

8. Religión

9. Idiomas

b. Características personales

1. Describa la personalidad de su padre (pasada y presente)

c. Relación del paciente con su padre

1. Cómo calificaría la relación con su padre?

2. Cómo le gustaría que fuera?

1.2. Madre

a. Datos de filiación

b. Características personales

c. Relación del paciente con su madre

### 1.3. Relación entre los Padres

1. Describa brevemente la relación pasada y presente entre sus padres.

1.4. Padrastros (obtener datos generales para cada uno de los que se haya tenido, pero especificar la información del actual)

a. Datos de filiación

b. Características personales

c. Relación del paciente con su padrastro

2. HERMANOS (para cada uno de ellos)

a. Datos de filiación (igual que la de los hijos)

b. Características personales

1. Describa brevemente las características de personalidad de cada uno de sus hermanos.

c. Relación del paciente con su(s) hermanos

1. Cómo calificaría la relación pasada y actual que lleva con cada uno de sus hermanos y con ellos en general?

d. Relación de los padres con su (s) hermano (s)

1. Cómo calificaría la relación pasada y actual de sus padres con cada uno de sus hermanos y con ellos en general?

e. Relación entre los hermanos

1. Cómo se llevan sus hermanos entre sí? (alianzas, rivalidades, competencias)

### 3. ANTECEDENTES MEDICOS PSIQUIATRICOS DE LA FAMILIA

1. Hubo o hay algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado?

2. ¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un “trastorno mental”? Especifique.

### 4. PERSONAS SIGNIFICATIVAS INTEGRADAS AL GRUPO FAMILIAR

1. Existe alguna persona que viva con usted o esté vinculada a su grupo familiar (tío, primo, abuelos, etc.).

2. Cómo es su relación actual con esa (s) persona (s)?

**\*\*\* Elaborado por: Silvia Becerra, Cecilia Chau, Roberto Rojas.**



# APÉNDICE 3: MODELO DE ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PROYECTO SOCIAL

## MODELO DE ANÁLISIS FUNCIONAL

- I. Datos de filiación
- II. Motivo de consulta:
  - a) Respuesta emocional (Dimensiones: frecuencia, intensidad y duración)
  - b) Respuesta fisiológica
  - c) Respuesta cognitiva
  - d) Estímulos (externos e internos)
  - e) Respuesta conductual
  - f) Consecuencias (corto, mediano y largo plazo)
  - g) Expectativas del paciente (objetivo del tratamiento)
- III. Análisis funcional:
  - 1) Lista de conductas adecuadas
  - 2) Lista de conductas inadecuadas
  - 3) Variables biológicas históricas, de desarrollo y actuales (O1, O2 y O3)
  - 4) Contingencias pasadas (E1): Condicionamientos (clásico, operante y vicario)
  - 5) Estímulos presentes (E2)
  - 6) Repertorios básicos de conducta (RBC):
    - a) Inteligencia
    - b) Temperamento (Melancólico, colérico, flemático y sanguíneo)
    - c) Rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, agradabilidad y conciencia)
    - d) Autoestima (autoconcepto, autoestima, autoeficacia)
    - e) Autorregulación (autoobservación, autoevaluación y autoreacción)
    - f) Estilos atribucionales (locus de control, estabilidad y controlabilidad)
    - g) Estilos cognitivos (optimista-pesimista, reflexivo-impulsivo, y cauto-osado)
    - h) Estrategias de afrontamiento (focalización: problema o emoción)

**APÉNDICE 4: FORMATO DE REGISTRO DE LA SESIÓN  
DEL PROYECTO SOCIAL**

**REGISTRO DE SESIONES**

<b>Fecha:</b>	<b>Actividad:</b>	<b>Observaciones:</b>

## APÉNDICE 5: TALLER “CONTROL DE LA IRA” (AFICHE PUBLITARIO Y CRONOGRAMA)

---

Te invitamos a los **TALLERES**:

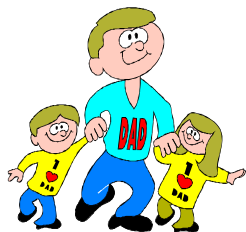
Dirigido a personas que necesitan ayuda en el manejo de la cólera y desean mejorar sus relaciones con los demás.

**Inicia: 3 de mayo**

### **“CONTROL DE LA IRA”**



### **“PAUTAS DE CRIANZA”**



Dirigido a los padres que desean apoyo en la educación de sus hijos en el hogar, para mejorar el comportamiento de sus niños y su desarrollo emocional.

**Inicia: 2 de mayo**

**Inscripción previa**

**GRATUITO**

---

Título del taller	TALLER: "CONTROL DE LA IRA"					
Sesión 1 Semana 5	Tiempo	Objetivos	Actividad	Metodología	Recursos	Responsable
<b>Objetivos</b>  Conocer los conceptos, causas y consecuencias de la ira	10"	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al taller	Se explicará el fin de este taller y se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia - Solapines - Plumones	Ambos
	25"	Introducción de la ira (incluir causas y consecuencias)	Ppt	Se expondrá un Ppt que introduzca el tema y se explicará a través de imágenes	-PC - Proyector -Imágenes impactantes	Nina
	40"	Conocer el nivel de conciencia de dificultad para controlar la ira por parte de los participantes , y sus respectivas consecuencias	Cada participante cuenta testimonios personales en sus vidas y qué consecuencias les ha traído su dificultad para controlar la ira. Se aprovechan estos testimonios para hacer los análisis del ABC	En orden cada uno va contando sus experiencias.  Se realiza el análisis ABC de cada experiencia.  Se permite la opinión de otros participantes.	Pizarra y plumones	Ambos (alternando)  1. Alberto 2.Nina
10"	Identificar si han comprendido el análisis ABC y si lo pueden aplicar a diferentes situaciones.	Se presenta un caso y en conjunto se realiza el análisis ABC	Se lee el caso y se pregunta: ¿Se sienten identificados? ¿Qué les hace sentir el caso? ¿Qué harían	Pizarra y plumones  Caso impreso	Alberto	

				en el lugar de esta persona?  A continuación: se realiza el análisis ABC en la pizarra		
	15''	Agradecer la asistencia y colaboración .  Tarea: traer un análisis ABC escrito de alguna situación que les ocurra durante la semana  Motivarlos a asistir a la siguiente sesión	Explicarles la importancia de la constancia en la asistencia y de aplicar lo aprendido durante la semana a través de la tarea	Explicación verbal del taller y la tarea con su objetivo.		Alberto

Sesión 2 Semana 6	Tiempo	Objetivos	Actividad	Metodología	Recursos	Responsable
----------------------	--------	-----------	-----------	-------------	----------	-------------

<b>Objetivos</b>  Aceptar nuestras emociones (Validación y empatía); y aprender qué es la comunicación verbal y la no verbal	10''	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al taller	Se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia -Solapines - Plumones	Ambos
	20''	Recordar lo enseñado en la sesión y revisar la tarea encomendada	Breve explicación oral de la sesión pasada en conjunto con los participantes; y revisar la tarea en conjunto	Preguntarles qué recuerdan de la sesión anterior, e ir complementando sus respuestas; abrir paso a que compartan sus tareas.	-----	Alberto
	25''	Reconocer las emociones como aspectos funcionales de la vida dependiendo de su intensidad; y aprender a validar las propias y ajenas.	Fragmento de un video (intensamente) y análisis posterior (emociones por intensidad+ validación)	Observar el video y consultarles lo entendido, para complementar lo de manera adecuada.	-PC -Proyector	Nina
	20''	Ilustrar con el fin de reconocer la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal en nuestras vidas cotidianas.	Explicación ilustrada de los aspectos de la comunicación verbal y no verbal y reconocer su relación con la expresión de emociones	Explicación ilustrada de los aspectos de la comunicación verbal y no verbal.	Imágenes de la comunicación no verbal	Alberto
	20''	Reconocer los aspectos de la comunicación	Roll playing para identificar los aspectos de la	Los expositores actuarán una serie de situaciones	Situaciones preparadas y anotadas	Ambos

		ón no verbal que influyen en la comunicaci ón y expresi ón de emociones.	comunicaci ón no verbal	con el fin de que los participantes reconozcan los aspectos de la comunicaci ón no verbal y su importancia.	en un papel	
	10''	Agradecer la asistencia y colaboraci ón. Tarea: Durante la semana esforzarse por validar las emociones propias y ajenas; y explicar cómo la comunicaci ón no verbal influye en estas. Motivarlos a regresar.	Explicarles la importancia de las constancia en la asistencia y de aplicar lo aprendido durante la semana a través de la tarea	Explicaci ón verbal del taller y la tarea con su objetivo.	-----	Alberto

Sesi ón 3 Semana 7	Tiempo	Objetivos	Actividad	Metodolog ía	Recursos	Responsable
-----------------------	--------	-----------	-----------	--------------	----------	-------------

<p><b>Objetivos</b></p> <p>Aprender cómo funciona la reestructuración cognitiva y la cuatro creencias básicas de Ellis</p>	10''	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al taller	Se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia -Solapines - Plumones	Ambos
	20''	Recordar lo enseñado en la sesión y revisar la tarea encomendada	Breve explicación oral de la sesión pasada en conjunto con los participantes; y revisar la tarea en conjunto	Preguntarles qué recuerdan de la sesión anterior, e ir complementando sus respuestas; abrir paso a que compartan sus tareas.	-----	Nina
	30''	Comprender que son capaces de reemplazar creencias disfuncionales por creencias funcionales, y así tener un mayor control sobre sus emociones y conductas.	Compartir experiencias y analizarlas.  Reestructuración cognitiva	Los participantes comparten experiencias en las que han sentido ira. Se identifica grupalmente los pensamientos, emociones y conductas; y se reestructuran algunas creencias (flecha descendente)	Pizarra y plumones	Alberto
	15''	Entender la secuencia ABC para empoderarlos en el sentido de poder manejar sus emociones y pensamientos, en lugar de "simplemente	Explicación gráfica (ABC en pizarra)	Se les explica a los participantes la relación entre sus creencias y sus emociones (las cuales llevarán a ciertas reacciones.)	Pizarra y plumones	Alberto



		reaccionar” ante estímulos				
	15”	Identificar si pueden reconocer las situaciones, pensamientos (4 creencias de Ellis), emociones y conductas en diferentes circunstancias.	Presentación de casos	Se presenta el caso de una persona y en conjunto se identifican las situaciones, pensamientos (4 creencias de Ellis), emociones y conductas.	Pizarra y plumones  Caso impreso	Alberto
	10”	Agradecer la asistencia y colaboración Motivarlos a asistir a las siguiente sesión.  Tarea: Reconocer qué situaciones les genera determinados pensamientos y emociones, y en cuál de las 4 creencias de Ellis se ubican los pensamientos.	Explicarle la importancia de la constancia en la asistencia y de aplicar lo aprendido durante la semana a través de la tarea	Explicación verbal del taller y la tarea con su objetivo.	-----	Nina

Sesión 4 Semana 8	Tiempo	Objetivos	Actividad	Metodología	Recursos	Responsable
----------------------	--------	-----------	-----------	-------------	----------	-------------

<p><b>Objetivos</b></p> <p>Aprender qué es la comunicación asertiva y qué beneficios trae consigo</p>	10''	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al taller	Se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia -Solapines - Plumones	Ambos
	20''	Recordar lo enseñado en la sesión y revisar la tarea encomendada	Breve explicación oral de la sesión pasada en conjunto con los participantes; y revisar la tarea en conjunto	Preguntarles qué recuerdan de la sesión anterior, e ir complementando sus respuestas; Tarea: identificar en qué creencias de Ellis se ubican y reestructurarlas juntos	Pizarra y plumones	Alberto
	30''	Conocer cuáles son sus derechos y cuál es el mejor modo de hacerlos respetar.	Introducción a la asertividad y a nuestros derechos	Se explicará con las imágenes la diferencia entre asertividad, agresividad y pasividad, teniendo en cuenta los derechos de las personas.	Pizarra, plumones, imágenes impresas y oraciones impresas sobre los derechos personales	Alberto
	25''	Se busca que puedan llevar a la práctica su conocimiento de derechos personales, y su respectiva defensa asertiva de ellos.	Roll playing de asertividad	Primero los expositores actuarán una situación y luego propondrán situaciones para que los participantes (que tienen un roll personal) actúen de un modo asertivo para hacer respetar sus derechos.	Imágenes impresas	Ambos
	10''	Agradecer la asistencia	Explicarle a la	Explicación verbal del		Nina

		<p>y colaboración.</p> <p>Tarea: Aplicar la asertividad durante la semana y apuntar las consecuencias observadas tanto en ellos mismos como en los demás.</p> <p>Motivarlos a asistir a las siguiente sesión</p>	<p>importancia de las constancia en la asistencia y de aplicar lo aprendido durante la semana a través de la tarea</p>	<p>taller y la tarea con su objetivo.</p>	<p>-----</p>	
--	--	--	--	---	--------------	--

Sesión 5 Semana 9	Tiempo	Objetivos	Actividad	Metodología	Recursos	Responsable
----------------------	--------	-----------	-----------	-------------	----------	-------------

<b>Objetivos</b>  Conocer la definición y beneficios de la regulación emocional. Aprender estrategias para controlar la ira	10''	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al taller	Se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia -Solapines - Plumones	Ambos
	15''	Recordar lo enseñado en la sesión y revisar la tarea encomendada	Breve explicación oral de la sesión pasada en conjunto con los participantes; y revisar la tarea en conjunto	Preguntarles qué recuerdan de la sesión anterior, e ir complementando sus respuestas; Tarea: Aplicar la asertividad durante la semana y apuntar las consecuencias observadas tanto en ellos mismos como en los demás.	-Pizarra y plumones	Alberto
	40''	Comprender qué es la autorregulación y cómo podemos darle un uso adecuado por medio de las estrategias de afrontamiento	Introducción a la Regulación Emocional y presentación de estrategias de afrontamiento	Se hará una revisión de los conceptos más importantes de la autorregulación y luego se mencionarán las estrategias (algunas serán puestas en práctica con todos los participantes dentro de la sesión)	-Proyector -Ppt  -Pizarra y plumones	Nina
	10''	Aprender a identificar las estrategias de afrontamiento	Presentación de un caso	Analizar el caso en conjunto e identificar las estrategias de afrontamiento que se utilizaron	-Pizarra y plumones -Caso impreso	Nina
	10''	Agradecer la asistencia y	Explicarle la importancia	Explicación verbal del taller y la tarea		

		<p>colaboración.</p> <p>Tarea:  aplicar algunas de las estrategias de afrontamiento expuestas en la semana</p> <p>Motivarlos a asistir a las siguiente sesión</p>	<p>a de las constancia en la asistencia y de aplicar lo aprendido durante la semana a través de la tarea</p>	<p>con su objetivo.</p>	<p>-----</p>	<p>Alberto</p>
--	--	---	--	-------------------------	--------------	----------------

<b>Sesión 6 Semana 10</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>
-------------------------------	---------------	------------------	------------------	--------------------	-----------------	--------------------

<b>Objetivos</b>  Poner en práctica las estrategias de regulación emocional Y comunicación aserivia	10''	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al taller	Se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia -Solapines - Plumones	Ambos
	35''	Recordar lo enseñado en la sesión y revisar la tarea encomendada	Breve explicación oral de la sesión pasada en conjunto con los participantes; y revisar la tarea en conjunto	Preguntarles qué recuerdan de la sesión anterior, e ir complementando sus respuestas; Tarea: aplicar algunas de las estrategias de autorregulación expuestas. Revidarlo juntos y aclarar dudas en conjunto	Pizarra y plumones	Nina
	40''	Se busca que puedan recordar los temas vistos para así poderlos aplicar después que el taller haya concluido.	Revisión de todos los temas vistos en el taller	Repasar teoría y práctica los temas: Ira, emociones (expresión verbal y no verbal; validación), ABC-reestructuración, asertividad y estrategias de autorregulación.	Imágenes, plumones y pizarra	Alberto
	10''	Agradecer la asistencia y colaboración.  Motivarlos a asistir a la siguiente sesión que será en 1 mes	Explicarles la importancia de la constancia de aplicarlo aprendido en sus vidas diarias	Darles a conocer los beneficios de aplicar cada tema aprendido en sus vidas cotidianas.	-----	Ambos
<b>Sesión 7 (4 semanas después de</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>

<b>la sesión 6) Semana 14</b>						
<b><u>Objetivos</u></b>  Reconocer los beneficios y cambios que el taller les ha venido trayendo en sus vidas cotidianas	15''	Presentación de los participantes	Presentación de los expositores y bienvenida al reencuentro	Se les entregará los solapines	- Hoja de asistencia -Solapines - Plumones	Ambos
	60''	Identificar cómo los han ido beneficiando o la comprensión y aplicación de cada tema visto en el taller.	Recuento de experiencias personales a lo largo del último mes teniendo en cuenta cada tema revisado.	Mientras se comparte unos bocaditos, se puede hacer una revisión de la experiencia personal que cada participante ha vivido en este mes desde que terminó el taller. Todos los temas vistos serán revisados por cada experiencia narrada, y los demás participantes pueden dar su opinión.	Pizarra, plumones y bocaditos	Ambos: 1. Alberto 2. Nina
	15''	Agradecer la asistencia y colaboración.	Explicarle la importancia de la constancia de aplicar lo aprendido en sus vidas diarias	Darles a conocer los beneficios de aplicar cada tema aprendido en sus vidas cotidianas.	-----	Ambos