

I JORNADA DE EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Compiladores
Elkin Oswaldo Luis García
Gonzalo Arrondo
Sara Magallon

Universidad de Navarra
Facultad de Educación y Psicología
Programa de Psicología
Pamplona
2017

I JORNADA DE EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

(edición 2017)

Presentación

Las Jornadas de experiencia pretenden ser una ocasión que brinde a los alumnos de Prácticum de todos los Grados de la Facultad de Educación y Psicología la oportunidad de:

- Compartir su experiencia de prácticas entre ellos, con sus profesores y con los compañeros de otros cursos, especialmente con aquellos que todavía no han realizado el Prácticum o están buscando un centro para hacer prácticas voluntarias.
- A través de la presentación oral, de un póster o de un e-portafolio, los alumnos darán a conocer los proyectos de investigación-acción o de aprendizaje-servicio que han llevado a cabo durante el Prácticum. En sus exposiciones, mostrarán cómo han aplicado a la práctica la teoría aprendida en las diversas asignaturas de los Grados y compartirán el desarrollo competencial que esta experiencia les ha permitido realizar.
- Además, facilitarán a los profesores conocer, de una forma más directa, las necesidades o aspectos de mejora que los alumnos han detectado en los centros de prácticas y ayudarán a identificar posibles líneas de investigación y proyectos que podrán realizarse en colaboración con los colegios, gabinetes, hospitales, fundaciones, empresas y diversas instituciones en las que los alumnos realizan el Prácticum.

Tabla de Contenido

“Don limpio”: Un Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	5
“Lámalo Karma”: Un cuadro ansioso- depresivo.....	6
“No te dejes vencer por el mal; al contrario, vence el mal con el bien”: Un cuadro ansioso –depresivo con síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.	7
La figura del alumno interno; un acercamiento a la educación en adultos.....	8
Relación entre estilos de aprendizaje,	9
Preferencias profesionales y sociabilidad en estudiantes universitarios.....	9
“El perro de hortelano”	10
Un caso de trastorno adaptativo y dificultades de la expresión emocional	10
“Una mente maravillosa”	11
Un caso de Trastorno obsesivo-Compulsivo.	11
“Amando y sufriendo”	12
Un caso de un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos asociado a un consumo de tóxicos.....	12
“La venganza se sirve en plato frío”	13
Un Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	13
“Inevitable”.....	14
Un caso de incapacidad en el control de impulsos.	14
Irati García Arbizu	14
“Dos polos opuestos”	15
Un caso de descompensación psicopatológica de características ansioso-depresivas y riesgo autolítico.	15
“Ser lo que uno quiere, querer lo que uno es”	16
Un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	16
“El Caótico Mundo de J”	17
Un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	17
“No soy así”	18
Un caso de Trastorno de Personalidad Anancástica comórbido con Trastorno de los Hábitos y del Control de Impulsos.....	18

“Humanos: una pesadilla interminable”	19
Un caso de Fobia Social	19
“Jugamos como nunca y ganamos como siempre”	20
El papel de la psicología del consumidor en las organizaciones	20
“Buscando a personas”	21
“No somos profesores”	22
Una experiencia como Psicólogo Educativo en el centro educativo El Redín.....	22
La figura del alumno interno; un ejemplo concreto de investigación en psicología.	23
Evaluación de un caso de trastorno de la conducta alimentaria.	24
Intervención para un caso hipotético de Trastorno Límite de la Personalidad.	25
Evaluación de un caso de Traumatismo Craneo-Encefálico.....	26

“Don limpio”: Un Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Asier Pérez

aperez.50@alumni.unav.es

Introducción: Varón (41 años) acude en 2011 por estado de ánimo bajo junto a ideas recurrentes. Es diagnosticado con un Episodio Depresivo Leve contextualizado en un Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (TPOC). En 2016 empeoran estas obsesiones y compulsiones, dirigidas a temas de limpieza y contaminación, y se le diagnostica Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), junto al TPOC. Las obsesiones son pensamientos recurrentes y persistentes que son experimentados como intrusos e inapropiados (egodistónicos) y que causan ansiedad acusada. Las compulsiones son conductas repetitivas en respuesta a una obsesión¹. Los objetivos fueron objetivar las obsesiones, detectar las unidades subjetivas de ansiedad y finalmente, plantear las posibles técnicas de intervención.

Método: Como instrumento de evaluación se utiliza una entrevista clínica y el cuestionario de Yale-Brown *Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS)². Se decide aplicar un tratamiento dual, compuesto por un componente farmacológico y terapia de Exposición con Prevención de Respuesta.

Resultados: El paciente acude a consulta en busca de consejo terapéutico por sus obsesiones. Tras la evaluación con una puntuación leve-moderada en el Y-BOCS, se le diagnostica de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, contextualizado en un Trastorno Anancástico de Personalidad. El objetivo con el tratamiento será tratar las obsesiones en función del malestar, hasta desarrollar un autocontrol fuerte.

Discusión: El tratamiento resulta menos eficaz de lo esperado, sin retrocesos pero con una remisión lenta de las conductas disfuncionales, posiblemente por la alta estabilidad de su personalidad y la cotidianidad de sus obsesiones.

Conclusiones: Tras establecerse una alianza terapéutica adecuada con el profesional, se inicia con el tratamiento combinado.

Referencias

¹ Bados López, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo: naturaleza, evaluación y tratamiento, 1–126. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65644>

² Giuliana, A., Aguila, C., & Elena, A. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255

“Llámalo Karma”: Un cuadro ansioso- depresivo.

María Alicia Concepción

mconcepcion@alumni.unav.es

Introducción: Paciente femenina de 30 años presenta sintomatología ansioso-depresiva. La literatura define el episodio depresivo moderado como aquel que se caracteriza por pérdida de interés y capacidad de disfrute, y reducción del nivel de actividad, presente durante al menos dos semanas. El objetivo principal de la intervención será encuadrar los síntomas depresivos dentro de la clasificación diagnóstica. Se observarán las conductas y situaciones desencadenantes y la evolución del problema desde la aparición.

Método: Como instrumentos de evaluación se utiliza la entrevista clínica, la escala Hamilton para ansiedad y depresión y el inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI 2). Se decide aplicar un tratamiento psicoterapéutico dual para el tratamiento del episodio depresivo (activación conductual y reestructuración cognitiva) y de los rasgos de la personalidad (terapia dialéctica-conductual). El eje II no es abordado debido al abandono de la terapia por parte de la paciente. Se plantea a la paciente un abordaje farmacológico para la estabilización del estado de ánimo y los síntomas depresivos.

Resultados: La paciente acude a consulta para el tratamiento del bajo estado de ánimo. Tras varias sesiones se le diagnostica de Episodio Depresivo moderado. Se planteó el diagnóstico de un trastorno adaptativo tras los recientes problemas laborales. Posteriormente sobresalen rasgos disfuncionales de personalidad límite y dependiente los cuales agravan los síntomas depresivos.

Discusión: Se pronostica una buena evolución del cuadro depresivo a pesar de las recaídas. Se descarta el diagnóstico de Trastorno Adaptativo por no cumplir criterios y se plantea la hipótesis de que los síntomas depresivos pueden estar siendo desencadenados por rasgos inestables, dependientes e inmaduros de la Personalidad. A la espera del desarrollo de los rasgos disfuncionales de la personalidad. Se plantea el abandono de la terapia por parte de la paciente tras la mejora de los síntomas del Eje I.

Conclusiones: Tras varias sesiones de establecimiento de la alianza terapéutica se comienza con el abordaje de reestructuración cognitiva y de activación conductual.

Referencias:

¹ Bados López, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo: naturaleza, evaluación y tratamiento, 1–126. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65644>

² Giuliana, A., Aguila, C., & Elena, A. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255

“No te dejes vencer por el mal; al contrario, vence el mal con el bien”: Un cuadro ansioso –depresivo con síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

María Hidalgo

mhidalgo.5@alumni.unav.es

Introducción: Religiosa de 31 años, natural de Argentina. Acude a consulta acompañada de la superiora de su comunidad por un cuadro ansioso depresivo con síntomas de trastorno de la conducta alimentaria. Se plantea como objetivo una evaluación y posterior intervención para la remisión de la sintomatología ansioso – depresiva y para establecer una pauta estabilizadora de mantenimiento.

Método: Como técnicas de evaluación se utilizó, en primer lugar, una entrevista diagnóstica semiestructurada y, posteriormente, se le administró dos escalas: Escala de Hamilton para la ansiedad (HA) y Escala de Hamilton para la depresión (HD). La técnica de intervención empleada será la terapia dialéctico – conductual (Marsha Linehan, 1993), consistente en cuatro módulos de habilidades específicas: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar¹.

Resultados: Los valores obtenidos en la HA y en la HD fueron 37 y 38 puntos respectivamente. A partir de estos hallazgos junto con la información recogida durante la entrevista la paciente fue diagnosticada de un posible trastorno de inestabilidad emocional tipo límite y que en la actualidad coexiste con un episodio depresivo grave. El objetivo del tratamiento será, en primer lugar, una remisión de la sintomatología ansioso - depresiva y; después, una adquisición de habilidades para el manejo las emociones.

Discusión: Se consigue una remisión completa de las conductas impulsivas, tanto las autolesiones como las conductas purgativas, además de una adquisición de habilidades en el manejo de las emociones.

Conclusiones: La gravedad del caso en un primer momento era importante, pero, a pesar de ello, la evolución ha sido positiva consiguiendo los objetivos propuestos al inicio del proceso terapéutico.

Referencias:

¹ Marsha M. Linehan. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. España: Grupo Planeta.

La figura del alumno interno; un acercamiento a la educación en adultos.

David Fernández, Víctor Dachary y María Mandado

vdachary@alumni.unav.es

dfernandez.11@alumni.unav.es

Introducción: Ser alumno interno significa colaborar directamente con un profesor en sus tareas de docencia y/o investigación. Decidimos trabajar con nuestra profesora Maite Aznárez porque teníamos interés en ver cómo funcionaba el mundo de la investigación psicológica.

Proyecto: El proyecto en el que participamos a lo largo del primer semestre se centra en alumnos que, tras experiencias de fracaso y abandono escolar retoman sus estudios en centros de educación de personas adultas (ESPA). Se buscó definir el perfil de estos alumnos, profundizar en variables socio-personales que ayuden a comprender sus percepciones y expectativas, medir variables relacionadas con el fracaso educativo y comparar las variables de este alumnado con las de un grupo control que no había mostrado signos de fracaso escolar.

Método: Nuestra labor incluía ayudar al investigador en todas las tareas posibles, entre las que destacaban la administración, corrección, interpretación y comunicación de diversos test. Por otro lado, tuvimos una participación activa en las sesiones de focus group, destinadas a evaluar la interacción y vivencias de los sujetos.

Discusión y conclusiones: Gracias a esta experiencia, adquirimos una serie de competencias muy útiles para nuestra futura labor como psicólogos. A parte de los conocimientos adquiridos acerca de las pruebas, desarrollamos la capacidad de trabajo en equipo y trabajo multidisciplinar. Pese a estar en todo momento tutelados por un profesional, resultaba inevitable encontrar una serie de dificultades, como la falta de experiencia, o desconocimiento de ciertos métodos de evaluación necesarios en el proyecto, que fueron exitosamente solventadas gracias a la ayuda de nuestros tutores.

Relación entre estilos de aprendizaje, Preferencias profesionales y sociabilidad en estudiantes universitarios

Leyre San Martín, Maialen García-Falces, Alba Borobia, Leyre Falces, María Olló y Blanca Sánchez-Ostiz

lsan.1@alumni.unav.es

Introducción: la literatura señala que existe relación entre el grado de sociabilidad, los estilos de aprendizaje y las preferencias.

Objetivo: estudiar las relaciones entre la sociabilidad, los estilos de aprendizaje y preferencias académico-profesionales en estudiantes universitarios.

Métodos: se evaluaron 26 estudiantes de la Universidad de Navarra (18-25 años) con los siguientes instrumentos: a) Escala de intereses académico-profesionales, tipo Lickert, adaptación del Inventario de intereses y aptitudes Herrera y Montes; b) Test de estilos de aprendizaje (visual, kinestésico y auditivo), de creación propia, en el que se pide a los participantes que realicen distintas tareas; c) Escala de sociabilidad, de elaboración propia, en la que se presentan tres imágenes a los participantes antes las cuales deben indicar con cuál de ellas se sienten más identificados. Se estudió la correlación entre las tres variables mediante r de Pearson.

Resultados: Intereses académicos-profesionales: se observan puntuaciones altas en Servicio social y bajas en Cálculo numérico y Mecánica. Estilos de aprendizaje: el más común es el visual y el menos frecuente el auditivo-kinestésico. Sociabilidad: la mayoría de los participantes parecen ser sociables. Las puntuaciones en Sociabilidad correlacionan de forma positiva con preferencia por tareas de Organización ($r=0.41$, $p<0,05$) y con preferencia por la Ciencia ($r=0.44$, $p<0,05$).

Limitaciones: Los instrumentos son de elaboración propia y no controlan la deseabilidad; la muestra se obtiene de una única universidad.

Conclusión: en estudiantes de la Universidad de Navarra podría existir relación entre el grado de sociabilidad y la preferencia por tareas de organización y científicas.

PÓSTERES

Mención en Psicología de la Salud

“El perro de hortelano” Un caso de trastorno adaptativo y dificultades de la expresión emocional

Patricia Díaz Sánchez

pdiaz.9@alumni.unav.es

Introducción: Varón (23 años) con una dinámica familiar marcada por el abandono del padre y fallecimiento de la madre. Actualmente, presenta lesión medular y paraplejia por accidente de tráfico. Acude a consulta para una valoración de sintomatología afectiva asociada a un cuadro de paraplejia tras una lesión medular. El objetivo ha sido examinar más concretamente la historia del paciente para poder realizar esa valoración afectiva y poder plantear un método de intervención.

Métodos: El instrumento empleado para la evaluación ha sido una entrevista clínica, donde se ha analizado la infancia del paciente, historia familiar, estado emocional tras el accidente y situación actual de paraplejia. Tras el diagnóstico se decide aplicar una terapia cognitivo-conductual para las metas de tratamiento propuestas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y exposición).

Resultados: Tras la evaluación se diagnostica de trastorno adaptativo y dificultades de expresión emocional. Se comienza una intervención con las técnicas terapéuticas ya mencionadas de seguimiento semanal con intención de distanciar las sesiones. Los resultados del tratamiento han mostrado una mejora en el control de la ansiedad anticipatoria ante situaciones de afrontamiento y un control de la tendencia al pensamiento negativo. Estos avances pueden darse debido a la adherencia al tratamiento mostrada por el paciente.

Discusión: El trastorno adaptativo presente en el paciente está relacionado con una desadaptación provocada por estrés y está caracterizado por síntomas que se mantienen hasta una nueva adaptación o eliminación del estresor¹. Asimismo, la alexitimia, es definida tradicionalmente por la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional, dificultad para hablar sobre las emociones, y por un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, así como el malestar afectivo². Los anteriores hallazgos presentes en el paciente son acordes a la descripción del trastorno. No obstante, el paciente prefiere desarrollar un proceso terapéutico centrado en la expresión emocional comenzado en su país origen.

Conclusión: Una vez establecida la adecuada alianza terapéutica y las metas de tratamiento, se recomienda procedimiento psicológico para el trastorno adaptativo junto a la alexitimia.

Referencias

¹. Strain, J. J., Newcorn, J., Wolf, D., & Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. RE Hales, SC Yudofsky & JA Talbott, Tratado de Psiquiatría, 711-722.

². Páez, D., Fernández, I., & Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y cultura. D. Páez & MM Casullo (Comps.), Cultura y Alexitimia:¿ Cómo expresamos aquello que sentimos, 51-71.

“Una mente maravillosa”

Un caso de Trastorno obsesivo-Compulsivo.

Maria Ollo

mollo@alumni.unav.es

Introducción: Adolescente de 16 años que cursa 4º de la ESO, mayor de dos hermanos y padres separados. Vive con su madre y hermano y tiene una posición socioeconómica medio-alta. Acude a consulta para valoración del cuadro clínico previamente diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), caracterizado por pensamientos intrusivos y persistentes, que producen inquietud, temor o preocupación, y conductas repetitivas, dirigidas a reducir la ansiedad asociada¹. Es ingresada en planta por ideación autolítica y daño a terceros. Por lo anterior, se evaluará y objetivará la sintomatología manifiesta.

Métodos: Se utilizaron la Escala Children Depression Inventory (CDI) que mide depresión; la Escala de problemas de sueño para niños; el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas) que evalúa procesos y estructuras mentales; Escala de DuPaul y EDAH que miden hiperactividad; el K-BIT; El Test breve de Inteligencia de KAUFMAN que mide inteligencia general; Stroop que evalúa control atencional; CARAS que evalúa aptitudes perceptivas y atencionales y el CPT para atención y concentración. El proceso de intervención contempló psicoterapia individual (entrevista motivacional para potenciar la conciencia de enfermedad). La orientación fue cognitivo-conductual y se implementó la técnica de aceptación y compromiso. Igualmente, se utilizó la técnica de exposición con prevención de respuesta². Técnicas de desactivación emocional (relajación y mindfulness). También se realizó terapia familiar.

Resultados: Las escalas de déficit de atención e hiperactividad dieron valores normales. La joven presenta un CI 98, con una inteligencia fluida media-baja, la flexibilidad cognitiva está en el límite de la normalidad. En el CDI obtuvo 40 puntos (depresión grave). Se vio la presencia de dificultades del inicio del sueño, así como despertares leves. Tiene dificultades con sus compañeros, conducta prosocial y síntomas emocionales anormales, destacado por el SDQ-Cas. Inestabilidad emocional, dependencia de sus figuras de apego y otros rasgos de trastorno límite de personalidad. Sintomatología psicótica.

Discusión: La complejidad del cuadro clínico hace necesario plantearse el diagnóstico diferencial debido a sintomatología descrita anteriormente, que no se explica con el TOC.

Conclusión: Se intentó aclarar el diagnóstico completo de la paciente, además de realizar entrevistas clínicas y propuestas, todas ellas con el fin de mejorar su calidad de vida.

Referencias

¹ American Psychiatric Association, APA. (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR (4a. ed.). Washington, D.C.: Author

² NICE. Obsessive compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (CG31). The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2005.

“Amando y sufriendo”

Un caso de un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos asociado a un consumo de tóxicos.

Ane Alemán

aaleman.3@alumni.unav.es

Introducción: Varón de 53 años, separado, natural y residente de la provincia de Guipúzcoa. Acude para valoración psicológica con sintomatología ansioso-depresiva, caracteriza por tristeza persistente a raíz de la separación con su mujer. La depresión se caracteriza por una alteración del humor en la que destaca un estado de ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia)¹. Como objetivo se propone evaluar la sintomatología del paciente para plantear diagnóstico y posterior intervención.

Métodos: Se realizó una entrevista semiestructurada con el paciente y posteriormente con sus padres. Igualmente, se administró la Escala de Hamilton para depresión (HAM-D) y la escala de síndromes positivos y negativos (PANSS). Para la intervención se le plantea una terapia cognitivo-conductual para resolver las principales conductas problema (conflictos familiares, estado de humor deprimido, retraimiento social e ideas obsesivas)

Resultados: A raíz de la entrevista con el paciente, se observan una serie de síntomas asociados a un trastorno psicótico que podían ser inducidos por un consumo de tóxicos. Se observa una puntuación de 39 en la escala de Hamilton para Depresión (depresión grave) y una puntuación de 14 (percentil 10) en la escala PANSS-P y 27 (percentil 55) en PANSS-N. Por lo anterior, el paciente es diagnosticado de Episodio depresivo grave junto a síntomas psicóticos asociado a un consumo perjudicial de cannabis (Código CIE-10: F12.1). Una vez realizada la entrevista se le propone al paciente el ingreso en la planta de Psiquiatría para observar su estado y conducta de cerca, pero se observa una baja adherencia al tratamiento.

Discusión: Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales a raíz del consumo de estas y se caracterizan por la pérdida del contacto con la realidad. Como opción para una mejor adherencia al tratamiento y así, una posible intervención, hubiera sido conveniente poder trabajar la motivación al cambio a través de psicoeducación para aumentar el bajo insight. Por otro lado, de mucha importancia sería poder realizar terapia familiar.

Conclusión: Se realiza un plan de tratamiento dual, tanto psicológico, orientado hacia la terapia cognitivo-conductual de Beck (triada cognitiva) para la reestructuración cognitiva e intervención farmacológica de la mano de un psiquiatra.

Referencias

¹Alarcón R., Gea A., Maraudí J.M. .. (2015). Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. 2015, de Guía de Práctica Sitio web: <https://consaludmental.org/centro-documentaci/gpc-trastornos-depresivos-3490/>

“La venganza se sirve en plato frío” Un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Javier Collados Ochoa
icollados@alumni.unav.es

Introducción: Mujer de 21 años con restricción alimentaria, bajo peso, amenorrea y síntomas depresivos acudió a consulta con el fin de obtener una segunda opinión tras ser diagnosticada de anorexia nerviosa. El objetivo planteado fue reevaluar los síntomas frente a la ausencia de los informes previos.

Métodos: Ingresó en hospitalización psiquiátrica para estabilizar el cuadro clínico. En la evaluación, se emplearon la entrevista clínica y los siguientes instrumentos: RAVEN, para evaluar la inteligencia; MMPI-II, para medir la personalidad y el EDI-III, que interrelacionan variables psicológicas propias de los TCA. Para el tratamiento se emplearon técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva; exposición y prevención de respuesta; relajación).

Resultados: Se obtuvo un CI de 87. En personalidad no se presentaron rasgos patológicos aunque sí revelan rigidez e inseguridad. En el EDI-III se vieron alteradas las escalas de Inseguridad Personal e Insatisfacción Corporal. En psicoterapia se determinó trabajar la modificación de pensamientos negativos hacia los alimentos hipergrasos y, potenciar la identificación y expresión emocional con el fin de mejorar las relaciones interpersonales. Se produjo una mejora gradualmente progresiva y positiva, lenta y sin retrocesos.

Discusión: Las TCC en los TCA poseen un amplio respaldo científico ^{1,2}. El proceso más lento de lo esperado podría deberse en parte a la inflexibilidad cognitiva de la paciente. También habría que estudiar como influyen factores protectores familiares e interpersonales ajenos a la terapia.

Conclusión: Las TCC aplicadas en el tratamiento en TCA resultan efectivas. Sin embargo, habría que plantear la inclusión de una terapia de carácter multidisciplinar.

Referencias

¹ Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*, 41(5), 509–528.

² Murphy, R., Straepler, S., Cooper, Z., y Fairburn, CG. (2010). Cognitive behavioural therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 33(3), 611-627.

“Inevitable”

Un caso de incapacidad en el control de impulsos.

Irati García Arbizu

igarcia.40@alumni.unav.es

Introducción: Varón de 50 años, menor de dos hermanos. Casado y padre de una hija. Natural y residente en Pamplona. Gerente en activo. Ingresó al servicio de la CUN tras acudir a urgencias por ataque de pánico con intensa ansiedad, bajo estado de ánimo y pensamientos de muerte, para completar el estudio diagnóstico, descartar otras causas médicas, e iniciar tratamiento. Presenta también problemas conyugales e impulsividad en el terreno sexual.

Métodos: La evaluación comprendió la aplicación de la Escala Hamilton para depresión y ansiedad (HAM-A/D); el MMPI-2 para valorar la personalidad y el Test de RAVEN para Inteligencia. También se utilizó la entrevista semi-estructurada (individual y con su mujer) para una exploración psicopatológica mayor. El abordaje psicoterapéutico fue individual y conyugal desde la perspectiva cognitivo-conductual (técnicas de relajación, respiración, desactivación emocional, psicoterapia y reestructuración cognitiva).

Resultados: El paciente al ingreso presenta una sintomatología ansioso-depresiva leve-moderada (HAM-A 19/HAM-D 21). Al alta mostró disminución de los síntomas (8 y 10, respectivamente); MMPI-2: Mecanismos de defensa inadecuados, deprimido, perfeccionista, hiperresponsable, presencia de rumiación obsesiva, preocupación excesiva sobre problemas insignificantes, aislamiento y desapego emocional y poca empatía; RAVEN: CI > 120, nivel intelectual superior. Tras su primera estancia, vuelve a ingresar por un segundo ataque de pánico. Aquí, el paciente refiere tener encuentros esporádicos los cinco últimos años de su matrimonio (10 casado) con trabajadoras sexuales. Se halla en el abordaje psicoterapéutico una adicción a la pornografía. Se observa una personalidad disfuncional en la pareja. **DIAGNÓSTICO.** Aunque acude con ataque de pánico y remite una vez, la naturaleza es del trastorno del control de impulsos que padece.

Discusión: El trastorno de control de impulsos (TCI) está caracterizado por ser un grupo variado de comportamientos que se caracterizan por la dificultad o imposibilidad de resistir el impulso, el deseo o la necesidad de realizar algún acto que resulta nocivo para el paciente o para las personas que lo rodean. Su base fenomenológica es la impulsividad. (1) Son destacables las ideas intrusivas, rumiación del pensamiento, concentración deficiente, obsesión, ansiedad, depresión, agitación, irritabilidad, baja autoestima, aislamiento social y desapego emocional. El MMPI-2 muestra personalidad disfuncional, con rasgos esquizoides (poca empatía y casi total desapego emocional). Sería interesante plantearse la personalidad como causante de los síntomas, y por consiguiente de la deficiencia en su control de impulsos.

Conclusión: La evolución ha sido mínima hasta el momento. Se sugiere plantearse la posibilidad de que el TCI no sea la causa sino la consecuencia de un cuadro de personalidad disfuncional con rasgos esquizoides sumado a la también disfuncional personalidad de su conyugue. Interesaría la posibilidad de una psicoterapia de pareja e individual para ambos y trabajar con él los rasgos esquizoides (empatía, activación y expresión emocional, aplanamiento afectivo)

Referencias

Vicente Caballo, J., & J. (n.d.). Juego patológico y trastornos perturbadores del control de los impulsos y de la conducta. In Manual de psicopatología y tratamiento psicológico.

“Dos polos opuestos”

Un caso de descompensación psicopatológica de características ansioso-depresivas y riesgo autolítico.

Maialen García-Falces Cerdán
mgarcia-fal@alumni.unav.es

Introducción: Mujer de 38 años, casada y madre de 2 hijos. Séptima de 8 hermanos y trabajadora en empresa de limpieza. Fue víctima de abusos a los 8 años. Presenta antecedentes psiquiátricos. Acude a consulta derivada por su psiquiatra de referencia, debido a la ausencia de mejoría clínica y por descompensación psicopatológica. El objetivo es lograr la estabilización anímica y trabajar sobre los rasgos de personalidad y el modo de afrontamiento de la paciente.

Métodos: Se emplearon el MMPI-2 para evaluar personalidad¹, RAVEN para inteligencia², HAM-D/A para depresión³ y ansiedad⁴ (aplicación previa y posterior al dicho ingreso), respectivamente. Tras evaluación psiquiátrica, se indica tratamiento farmacológico orientado al cuadro ansioso-depresivo. Posteriormente, es ingresada, implementando la intervención farmacológica y técnica de relajación.

Resultados: Se diagnostica trastorno mixto ansioso-depresivo, seguido de un episodio depresivo moderado (Escala de Hamilton objetivaron la mejoría, con una puntuación de 33 y 36 al inicio, y 1 en ambas, al momento del alta). Lo más característico, son sus rasgos de personalidad. Los resultados del MMPI-2 reflejan puntuaciones muy altas o altas para todas las escalas básicas, excepto para Masculinidad-feminidad (Mf) e Hipomanía (Ma). Los resultados de las escalas de validez demuestran que es un perfil válido, revelando una personalidad altamente inestable. En cuanto al tratamiento, la paciente abandonó la psicoterapia tras las primeras sesiones. Esto pudo deberse, principalmente, a las características personales mencionadas, y por otro lado, al momento en el que se aplicó la psicoterapia y el foco de atención de las distintas intervenciones.

Discusión: Los rasgos de personalidad, influyen en estilos de afrontamiento, estado psicoafectivo y conducta de la paciente. Estos, junto a las otras variables antes mencionadas, influyen negativamente en su evolución y adherencia al tratamiento. Al respecto, se sugiere un modo de intervención alternativo. Se propone realizar intervención mediante terapia motivacional, seguida de terapia cognitivo conductual. Podría ser de gran utilidad la terapia dialéctico conductual, la cual integra la orientación al cambio y a la aceptación, metas igualmente necesarias en el presente caso. Esta serviría para tratar tanto el aspecto estructural de la persona, como el emocional (depresión y ansiedad), abordando, al mismo tiempo, la influencia de otros factores como las experiencias traumáticas en la infancia.

Conclusión: La personalidad de la paciente constituye el principal origen de sus conflictos psicológicos, afectivos y, posiblemente, interpersonales.

Referencias

¹ Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez, B. (2005). Personalidad positiva y salud. Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. (pp59-76) Bogotá: ALAPSA. Recogido de: <file:///C:/Users/Maialen/Documents/3º%20de%20Psicología/Alumna%20interna/Congreso%20Jornada/PERSONALI DAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

² Alfonso, M. C., & Uribe, C. (n.d.). Test de matrices progresivas de raven.

³ Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. J. Neurol Neurosurg Psychiatry, vol 23:56-62

⁴ Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medicine and Psychology, 32, 50-55

“Ser lo que uno quiere, querer lo que uno es”

Un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Amaia Domínguez Perú
adominguez.15@alumni.unav.es

Introducción: Paciente de 18 años, natural de Madrid y residente en Pamplona. Es estudiante de grado. Acude a consulta por voluntad propia, para valoración y orientación terapéutica de un cuadro con sintomatología ansioso-depresiva, acompañada de déficit de atención.

Métodos: La evaluación comprendió la aplicación del K-BIT y el WAIS-III para medir la inteligencia; el STROOP para evaluar la atención selectiva y velocidad de procesamiento, el MOXO para medir los síntomas nucleares del TDAH y, la escala TMT-A, que evalúa la atención.

Resultados: La paciente presenta una puntuación de 106 en la prueba diagnóstica K-BIT, correspondiente a un nivel intelectual Normal-Medio. Se sugieren dificultades de atención en la prueba MOXO, así como enlentecimiento cognitivo, relacionado con el bajo rendimiento en TMT y en el Subtest de Tiempo de Reacción del MOXO. Se le diagnostica un Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) de tipo inatento. Además, padece un trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), síntomas de depresión y rasgos disfuncionales de personalidad.¹ En la intervención se plantea un tratamiento dual consistente en medicación (STRATTERA 140mg) y psicoterapia de tipo cognitivo-conductual (Técnicas de relajación y respiración, Reestructuración cognitiva, activación conductual, manejo conductual de los síntomas del TDAH, contrato conductual, horario y sistema de alarmas).²

Discusión: El TDAH es un trastorno neurobiológico, originado durante la infancia, que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en numerosas ocasiones se asocia con otros trastornos comórbidos. La paciente muestra buena adherencia al tratamiento, colabora y se implica en su propio proceso terapéutico.

Conclusión: Las metas del tratamiento han sido alcanzadas, debido tanto a las características del tratamiento como a las de la paciente. Por ello, la sintomatología ansioso-depresiva remite de manera gradual y progresiva. Las dificultades de atención, aunque todavía latentes, son más fáciles de controlar por la paciente con las técnicas aprendidas en psicoterapia.

Referencias

¹. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2002) Elsevier Masson

². Sotullo, C. y Díez, A. (2007). Manual de diagnóstico y tratamiento del TDA-H. Ed. Médica Panamericana.

“El Caótico Mundo de J”

Un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Isabella Benincasa Giménez
ibenincasa@alumni.unav.es

Introducción: J es un joven de 15 años, mayor de dos hermanos que forma parte de una familia estructurada, la cual es de nivel socioeconómico medio. Acude a consulta por motivos de despiste, inatención y excesiva desorganización, lo cual afecta el rendimiento académico. Se sospecha un posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Por lo anterior, se plantea un proceso de evaluación para objetivar los síntomas, establecer el diagnóstico y finalmente, la intervención.

Métodos: Los instrumentos aplicados para la evaluación fueron: entrevistas semiestructuradas; el Cuestionario de evaluación de Du Paul para padres y profesores, el cual cuantifica criterios de impulsividad e hiperactividad; Test Aula Nesplora, es una evaluación neuropsicológica que mide atención, hiperactividad y comportamiento durante la clase; TMT, mide memoria de trabajo, focalización, velocidad de procesamiento y flexibilidad; y el Test de Stroop, el cual valora la capacidad de inhibición. Tras el diagnóstico se elige una intervención de tipo combinada (farmacológica y psicoterapéutica), y se aborda mediante terapia cognitivo-conductual (terapia individual, entrevista motivacional, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, contrato conductual y terapias grupales).

Resultados: Resaltan la presencia del TDAH en el paciente. En el Cuestionario Du Paul: PD 25, Aula Nesplora: puntuación T de 71 (rendimiento muy bajo), TMT: inferior al percentil 50 y por último, el test de Stroop: puntuación T de 40, ambas por debajo de la media. La intervención durará alrededor de 6 meses y se espera una mejora significativa en los distintos ámbitos de la vida de J.

Discusión: El TDAH se caracteriza por inatención, impulsividad e hipertactividad¹, además dificultades con la atención sostenida, y desorganización en las actividades cotidianas², estos síntomas coinciden con el repertorio conductual del paciente. No obstante, J. seguirá desarrollándose y los síntomas pueden tomar un curso distinto.

Conclusión: Mediante la terapia cognitivo conductual se espera mejorar la calidad de vida de J.

Referencias

¹ Quintero Gutiérrez del Álamo J, C. L. (2009). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida (Vol. 3ª edición.). Barcelona, España: Editorial Masson Elsevier.

² Ramos-Quiroga JA, B.-M. R.-C.-M.-G.-B. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. (Vols. 42(10);600-6.). España: Rev Neuro.

“No soy así”

Un caso de Trastorno de Personalidad Anancástica comórbido con Trastorno de los Hábitos y del Control de Impulsos.

Álvaro Mancho Triguero
amancho@alumni.unav.es

Introducción: varón de 24 años, soltero y sin descendencia, natural de Sevilla y residente en San Sebastián. Acude a consulta por recomendación de su psiquiatra, quien estableció el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Anancástica (TPA)⁵ y Trastorno de los Hábitos y del Control de los Impulsos sin especificar (THCISE)⁵. Acude a consulta motivado por su padre al percatarse del visionado de pornografía homosexual de su hijo, que luego resultaría en relaciones homosexuales egodistónicas, ansiógenas, impulsivas; asociadas con conductas autolesivas reactivas de carácter ansiolítico, analgésico y reparatorio. Tras la valoración del estado del paciente por Psiquiatría, se plantea psicoterapia centrada en las conductas problema (CP).

Métodos: se emplea la psicoterapia en generación de conductas alternativas a las CP, así como terapia anexa de control y mejora sintomatológica. Asimismo, con fin evaluativo del estado del paciente y de la eficacia de la terapia (test-retest), se propone la realización del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-2 RF³), la escala de Yale-Brown de obsesión-compulsión (Y-BOCS^{1,2}), y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI⁴).

Resultados: Por parte de la psicoterapia junto al tratamiento farmacológico, se espera un beneficio, aunque lento, en el control de los pensamientos obsesivos que conducen a las CP.

Discusión: El TPA⁵, asociado con el THCISE⁵, deriva en conductas disfuncionales. Éstas constituirán el objetivo de la terapia, por su mayor modificabilidad y urgencia. Sería necesario, también, una terapia de carácter más cognitivo^{6,7} para poder atajar el TPA.

Conclusión: Las técnicas propuestas serían adecuadas para el caso, pudiendo así lograr un bienestar completo en el paciente, en lo referente a este asunto. Dada la posible mejoría, se recomienda la mantención de estas técnicas, añadiendo entrenamiento en solución de problemas^{6,7}.

Referencias

¹Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR y cols. (1989). *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use and Reliability*. Arch Gen Psychiatry, 46: 1006-11.

²Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. (1989). *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.II. Validity*. Arch Gen Psychiatry, 46:1012-16.

³Ben-Porath, Y.S. y Tellegen, A. (2015). MMPI-2-RF®. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado® (P. Santamaría, adaptador). Madrid: TEA Ediciones.

⁴Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). STAI®. Escala de Ansiedad Estado-Rasgo® (Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E., adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

⁵OMS (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. Méditor.

⁶Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(102), 585-614.

⁷Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

“Humanos: una pesadilla interminable”

Un caso de Fobia Social

Ursula Paiva Vargas

upaiva@alumni.unav.es

Introducción: FS varón de 19 años, acude a consulta por la ansiedad manifiesta (desde la infancia) ante situaciones sociales. Refiere presentar cefalea, opresión torácica con palpitaciones, sensación de mareo y ahogo, rubor, sudoración, visión borrosa y temblores. Desde septiembre (2015), se incrementan los síntomas. Al respecto, se plantea realizar la objetivación de los síntomas, el diagnóstico y su intervención.

Métodos: Como instrumentos de evaluación se utiliza la entrevista clínica, la escala Hamilton para la ansiedad (HAM-A)¹ y depresión (HAM-D)², RAVEN³, MMPI-2⁴ y el Inventario para la Ansiedad y Fobia Social (SPAI)⁵. El SPAI es la escala más adecuada para medir las respuestas de ansiedad social en adultos⁶ y presenta elevada fiabilidad test-retest⁷. Se opta por aplicar la terapia cognitivo-conductual, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales (HHSS). El tratamiento está compuesto por quince sesiones y tiene una duración de seis meses.

Resultados: FS obtiene 33 puntos en el HAM-A, 6 en HAM-D, un CI de 119 normal-alto y en el MMPI-2 resalta la tendencia a la introversión. La puntuación obtenida en el SPAI fue 83, lo cual confirma el diagnóstico de fobia social (F40.1)⁸. Con el tratamiento se espera conseguir la disminución de los síntomas ansiosos.

Discusión: La fobia social es caracterizada por un miedo persistente a ser examinado por otras personas, esto conduce a la evitación de encuentros sociales⁸. Con el tratamiento propuesto se pretende la reducción de la respuesta ansiosa, de la inhibición social y evitación, adquisición de control, modificación de pensamientos negativos y HHSS.

Conclusión: El paciente muestra adherencia al tratamiento. Se pronostica una satisfactoria evolución del cuadro ansioso.

Referencias

- ¹ Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50-55
- ² Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *J.Neurol Neurosurg Psychiatry*, vol 23:56-62
- ³ Raven, J. C., Raven, J. C., & JH Court. (1999). *Test de matrices progresivas*. Paidós.
- ⁴ Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., & Dahlstrom, W. G. (2003). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. University of Minnesota Press.
- ⁵ Turner, S. M., Beidel, D. C., & Dancu, C. V. (1996). *SPAI, Social Phobia & Anxiety Inventory: Manual*. Multi-Health Systems.
- ⁶ García-López, L. J., Olivares, J., & Vera-Villaróel, P. E. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 151-160.
- ⁷ Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D. C. & Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 221-234.
- ⁸ OMS (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. Méditor.

“Jugamos como nunca y ganamos como siempre” El papel de la psicología del consumidor en las organizaciones

Bruno Andrés Landa

blanda@alumni.unav.es

Introducción: Arellano Marketing (AM) es una empresa peruana ubicada dentro del ámbito de investigación de mercado. Su misión principal es proveer información, educación y asesoría, práctica y científica. Dentro de las distintas labores realizadas por esta empresa se encuentra, la investigación en el ámbito de la psicología del consumidor. Esta área de la psicología aplica teorías modelos de la psicología básica en la descripción, explicación y predicción de la conducta humana en el contexto de mercados reales¹. La labor realizada como psicólogo en formación en el ámbito de la Empresa para AM, fue reactivar y fomentar la fidelización de los clientes o empresas solicitantes (ES) con los que previamente AM ha trabajado junto a la solución de las demandas presentadas por estas empresas

Método: El proceso inicia con una entrevista en la que la ES plantea sus inquietudes a AM. A partir de esto, AM le ofrece un banco de preguntas para ser incluidos un posible cuestionario de evaluación (escala Likert de auto-aplicación y que es cumplimentada en 30 segundos), el cual tiene como propósito evaluar las necesidades empresariales. De estas preguntas, la ES elige las que considera ofrecen suficiente información en función de cubrir el amplio espectro de necesidades de sus clientes. Los datos arrojados por el cuestionario son entregados a la empresa, mostrando gráficas que incluyen: un índice de recomendación neta, razón para la elección de ese servicio, net promoter score, entre otros. Finalmente un analista es asignado para estudiar los resultados y exponer las posibles nuevas demandas o recomendaciones a la ES.

Resultados: Dentro de AM, el psicólogo en formación en prácticas voluntarias facilitó un nuevo vínculo y la fidelización de 2 empresas, que en el pasado habían contratado los servicios de AM, lo cual permitió que estas continúen utilizando el producto de evaluación de las necesidades empresariales diseñado por AM.

Discusión y Conclusión: La práctica psicológica orientada al consumidor resalta la importancia de satisfacer tanto las necesidades consideradas como básicas tales como la rentabilidad, legalidad y colaboración. Asimismo la idea fue satisfacer las necesidades más complejas como la sostenibilidad y la innovación.

Referencias:

¹ Sandoval, M., (1994). La Psicología del Consumidor: Una discusión de su estado actual y aportes al mercado. *Suma Psicológica*, 1, 163-176.

‘Buscando a personas’

Ignacio Ozcoidi Arricibita

iozcoidi@alumni.unav.es

Introducción: Synergie es una empresa de origen francés y que actualmente opera a nivel internacional. Su función principal es la selección de personal para contratos de tipo temporal. El puesto de trabajo ofertado más común es de operario de fábrica, aunque se pueden encontrar ofertas de trabajo para licenciados en derecho. El papel del psicólogo en Synergie responde a tres objetivos: la selección de personal, la realización de bolsa de trabajo y la recogida de Curriculum Vitae.

Método: Como instrumentos principales utilizados en la selección de personal son aplicaciones como Infojobs, así como bolsas de trabajo ya realizadas anteriormente. El proceso es el siguiente: la delegada y comercial (psicóloga) se encarga de definir las características del perfil para el puesto de trabajo y a continuación se le transmite al resto del equipo. Para comenzar, se buscan los perfiles más acordes en la base de datos. Si no se encuentra una cantidad óptima se recurre a páginas y aplicaciones como Infojobs. Una vez hecha la selección se contacta vía telefónica con los candidatos, y si el puesto lo requiere se les convoca a una entrevista personal. Finalmente, se envían los curriculum cerrados a las empresas y pasan a ser contratados.

Resultados: Actualmente, se trabaja con 9 empresas diferentes. Se han llegado a contratar en 6 meses a más de 300 personas de las cuales la duración media del contrato ha sido de 4-6 meses. Algunos de ellos llegaron a pasar a empresa con contrato de tipo indefinido.

Itinerario en Psicología de la Educación

“No somos profesores” Una experiencia como Psicólogo Educativo en el centro educativo El Redín

Iñigo Olaizola Anzola

iolaizola.3@alumni.unav.es

Introducción: El Redín, un colegio de educación diferenciada que lleva 50 años educando personas. Promueve la educación personalizada e integral, y tiene como objetivos la plena realización de cada alumno, y la coherencia entre su modo de pensar y de vivir[1]. El departamento de orientación está compuesto por dos áreas: psicología terapéutica (PT) y dentro de ella, está la aplicación de pruebas y logopedia.

Métodos: Frente a AP se utilizan: El EFAI, batería de referencia en la evaluación de la flexibilidad intelectual y procesos deductivo-inductivo; El Peabody, instrumento que sirve para la evaluación de de vocabulario receptivo y screening de la aptitud verbal y el Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (CEG), el cual evalúa la comprensión gramatical en niños de 4 a 11 años. Respecto a PT se realizó refuerzo escolar a niños con dificultades académicas. En logopedia se implementaron distintos métodos de intervención para niños con dificultades fonológicas.

Resultados: El EFAI fue aplicado a estudiantes de 4º y 6º de primaria y a estudiantes de 2º de la ESO, cada uno de los cursos con 3 grupos. Respecto al trabajo del PT se realizó acompañamiento a 5 niños (refuerzo fuera del aula) de 1º 6º de primaria. En cuanto a el trabajo conjunto con logopeda, se realizó seguimiento a niños con dislexia (1), dislalia (1), TEA y TDAH (1) todos con alteración fonológica.

Discusión: El PE es el profesional de la Psicología que tiene por trabajo la reflexión e intervención sobre el comportamiento en situaciones educativas, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones. Conocer el trabajo del psicólogo educativo y ver hasta dónde llega su actuar en un centro educativo y el tipo de relaciones que establece en el centro es fundamental para un psicólogo en formación. La función prioritaria de un PE es atender y fomentar el desarrollo psicológico en todos sus componentes (psicomotriz, intelectual, social, afectivo-emocional) y en los 3 agentes principales del sistema educativo (alumnos, padres y profesores)[i][ii]

Conclusión: El tipo de trabajo que realiza un Psicólogo educativo en El Redín y los límites a los que se enfrenta en contraposición a otros psicólogos y pedagogos es fundamental entenderlos en el desarrollo de la práctica en centros educativos.

Referencias:

Marchesi, A. Coll, C. Palacios, J. (2017). Desarrollo Psicológico y educación. Madrid: Alianza Editorial.

La figura del alumno interno; un ejemplo concreto de investigación en psicología.

María Mandado Rodríguez
Víctor Dachary Pérez
David Fernández Goñi

mariamandado5@gmail.com

Introducción: Ser alumno interno significa colaborar directamente con un profesor en sus tareas de docencia y/o investigación. Así, se profundiza en el área elegida y se desarrollan aptitudes y adquieren conocimientos mediante la toma de contacto directa con la materia. Suelen acordarse 5, 10 o 15 horas de trabajo semanales y los requisitos son cursar 3º o 4º de carrera (en dobles grados, 4º, 5º y 6º) y tener una nota media de 7 o superior.

Métodos: Se colaboró en la realización de un meta-análisis cuyo objetivo es averiguar si existe mayor riesgo de lesiones accidentales en niños con

TDAH. En concreto, mediante la plataforma Mendeley se revisó el juicio de dos investigadores sobre la conveniencia de incluir cada artículo en la lista final, apuntando aquellos que, por error, no se habían añadido, y se buscaron referencias de interés citadas en los artículos de la base de datos, mediante la lectura de los apartados “introducción” y “discusión”.

Resultados: Los alumnos internos profundizamos en el conocimiento de revisiones sistemáticas y meta-análisis, ejercitamos la capacidad analítica, necesaria en la investigación y útil en la práctica profesional, y mejoramos nuestro nivel de inglés.

Discusión: Las limitaciones encontradas fueron, principalmente, el desconocimiento en el momento de solicitar la plaza de las actividades a realizar y el esfuerzo que requerirían, y el posible bajo nivel de motivación cuando las actividades interfieren con el rendimiento académico. No obstante, todo ello es fácilmente remediable con planificación, iniciativa y sentido de compromiso, y además es premiado con la constancia en el expediente académico y, más importante, con el crecimiento profesional y personal.

Evaluación y diagnóstico

Evaluación de un caso de trastorno de la conducta alimentaria.

María Apezteguía Larrea, Ane Alemán Leatxe, Irene Bilbao Garay, Paula De Carlos Muñoz, Patricia Díaz Sánchez, Irati García Arbizu

mapezteguia.1@alumni.unav.es

Introducción: Se presenta aquí un caso ficticio realizado en la asignatura Evaluación y Diagnóstico. Para un alumno de psicología es de interés esta evaluación debido a la peculiaridad del diagnóstico, ya que la paciente presenta conductas purgativas pero sin atracones. Además es relevante el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria por su aumento de prevalencia en la actualidad.

Leire desde hace tres años (actualmente 16) está obsesionada con su aspecto físico. Ante el deterioro del rendimiento académico y la evidente delgadez, sus padres han extremado su vigilancia y la han observado realizando conductas purgativas. Acude a consulta obligada por sus padres. Se plantea la hipótesis de que Leire presenta un trastorno de conducta alimentaria con purga.

Métodos: Se realizó una evaluación de ansiedad y depresión con las Escalas de Hamilton, se valoró la personalidad con el MMPI-A y la inteligencia administrándole el WISC-V.

Resultados: Leire presenta lipofobia y una creencia irracional sobre su imagen corporal. Obtiene un CI medio-alto (126). Manifiesta rasgos de personalidad dependiente, autoexigente, ansiosa, impulsiva y perfeccionista. Finalmente muestra una depresión moderada (18 en Escala de Hamilton).

Discusión: Se plantea tratamiento psicoterapéutico enfocado en el trabajo de la autoestima, reestructuración cognitiva, mejora de la tolerancia a la frustración y psicoeducación. Es importante valorar la posibilidad de ingreso.

Intervención para un caso hipotético de Trastorno Límite de la Personalidad.

Lucas Ferraz Cabrera, Javier Collados Ochoa, Asier Pérez Barrero, David Fernández Goñi, Víctor Dachary Pérez, Pablo Zapata Sada, Bruno Landa Morales.

lferraz@alumni.unav.es

Introducción: El presente trabajo consiste en la hipotética intervención, tratamiento y evaluación psicológica de una paciente ficticia que es derivada a consulta por un intento de suicidio. La hipótesis principal fue que sufría un trastorno límite de la personalidad, y por tanto el objetivo principal consistía en llevar a cabo un tratamiento para este trastorno. El papel del psicólogo es fundamental en este tipo de intervenciones para lograr la reestructuración y el bienestar del paciente.

Método: Se emplearon diversos test en función de distintos constructos importantes: el WAIS-IV para la inteligencia; el MMPI-II para la medición de la personalidad; el test de Barrat (BIS-11) para medir el nivel de impulsividad; el test de Hamilton (HAM-A) para la ansiedad; y por último la escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS).

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron altas puntuaciones en impulsividad y ansiedad. Esto se consideró un claro factor de riesgo para el sujeto, por lo que los tratamientos seleccionados fueron el farmacológico (que fue en todo momento supervisado por un psiquiatra), así como tres terapias de intervención psicológica: terapia cognitivo conductual; terapia de relajación; y terapia ocupacional.

Conclusión: Teniendo en cuenta la intervención llevada a cabo y la hipotética mejoría del paciente, parece que el tratamiento combinado de fármacos y psicoterapia podría llegar a ser utilizado en un caso real de estas características.

Evaluación de un caso de Traumatismo Craneo-Encefálico

Sofía Grego, Maria Mandado, Alvaro Mancho, Alicia Concepción, Ursula Paiva.

sgrego@alumni.unav.es

Introducción: Este informe detalla el caso ficticio de Sergio, un joven que presenta cambios conductuales y cognitivos dos años después de sufrir un accidente que le causó un traumatismo craneo-encefálico con daño axonal difuso. Se pide una evaluación psicológica para realizar un peritaje. La hipótesis general fue que el paciente presentaba una alteración de las funciones ejecutivas. Además, cinco hipótesis específicas detallan un déficit en las funciones ejecutivas (H1), impulsividad aumentada (H2), enlentecimiento cognitivo (H3), normalidad en el lenguaje (H4) y deterioro en los procesos atencionales (H5).

Método: Las funciones ejecutivas, el nivel de impulsividad y los procesos atencionales se evaluaron mediante el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST), el Test de las Anillas (TA) y el Laberinto de Porteus (TLP). Para evaluar los problemas cognitivos y el lenguaje se utilizó el WAIS-IV. Además, se aplicó el método test-retest con el inventario de hostilidad de Buss-Durkee para medir su sinceridad en los tests cumplimentados.

Resultados: Al finalizar la evaluación vimos comprobadas nuestras hipótesis. La H1, H2 y H5 se vieron apoyadas por los resultados del WCST (percentil <1), TA (percentil 5) y TLP. La H3 y H4 fueron apoyadas por los resultados del WAIS-IV, obteniendo una puntuación normal en comprensión verbal y baja en razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Su honestidad fue verificada.

Conclusión: Constatamos una afectación conductual y cognitiva significativa ocasionada por el accidente. Es de interés para los estudiantes de psicología que sea un caso en el que la psicopatología ha sido desencadenada por un factor externo.