



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico
y de la salud, Centro Terapéutico Peruano Japonés**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

AUTOR

Edith Graciela Noriega Reynoso

LIMA – PERÚ
2014

A. INFORMACIÓN GENERAL

a.- Nombres y Apellidos: Edith Graciela

Noriega Reynoso.

b.- Lugar donde labora: Centro Terapéutico
Peruano Japonés

c.- Años de experiencia en el Centro: 13 años

d.- Horario de trabajo (general): 15 hs semanales

e.- Área donde desempeña funciones:
Evaluación y Diagnóstico Psicológico.

DEDICATORIA

Hoy se cumple una meta importante en el transcurrir de mi vida, concluir una etapa más en este camino iniciado hace muchos años y en el que el transitar es cada vez más gratificante.

Quiero hacer un reconocimiento especial a mis maestros que en este andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en mi formación, así como a todos mis pacientes a quienes les debo el impulso para la actualización permanente en este campo.

A mi casa de estudios, por abrirme una vez más sus puertas y permitirme no solo ser profesional sino también conocer personas valiosas que llegaron a mi vida y ahora forman parte importante de ella.

Todo este aprendizaje me ha sido concedido principalmente por Dios, por mis padres, mi familia, mis amigos y compañeros de trabajo, así como por aquellas personas que han trascendido en mi vida, a quienes dedico el presente trabajo y en especial a **Cesitar** quien como una estrella alumbra nuestras vidas desde lo alto.

INDICE

INTRODUCCION.....	6
1. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DEL CENTRO LABORAL.....	7
1.1. NOMBRE DEL CENTRO LABORAL.....	7
1.2. DIRECCIÓN DEL CENTRO LABORAL.....	7
1.3. RESEÑA HISTÓRICA DEL CENTRO.....	9
1.4. VISIÓN Y MISIÓN INSTITUCIONALES.....	16
1.5. OBJETIVOS Y FUNCIONES GENERALES DEL CENTRO TERAPÉUTICO PERUANO- JAPONÉS.....	17
1.5.1. OBJETIVOS.....	18
1.5.2. FUNCIONES.....	18
1.6. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL.....	19
1.6.1. ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	19
1.6.2. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO TERAPÉUTICO DEL POLICLÍNICO PERUANO-JAPONÉS.....	21
1.6.3. PSICÓLOGO I / EVALUADOR.....	23
1.6.4. PSICÓLOGO II / PSICOTERAPEUTA.....	24
1.7. PROCEDIMIENTOS.....	25
1.7.1. ADMISIÓN AL CENTRO TERAPÉUTICO DEL POLICLÍNICO PERUANO- JAPONÉS.....	25
1.7.2. ADMISIÓN AL CENTRO TERAPÉUTICO DEL POLICLÍNICO PERUANO – JAPONÉS.....	26
1.7.3. EVALUACIÓN Y ELABORACIÓN DE INFORMES.....	28

1.7.4 ADMISIÓN A LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS REGULARES DEL CENTRO TERAPÉUTICO DEL POLICLÍNICO PERUANO JAPÓNÉS.....	30
1.7.5. ADMISIÓN A LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS.....	31
1.8. ACTIVIDADES:	
A. ENTREVISTA PSICOLÓGICA.....	34
B. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA.....	34
C. EVALUACIÓN.....	34
D. INTERVENCIÓN.....	43

INTRODUCCION

El presente informe reúne las experiencias teóricas y prácticas que forman parte de la vivencia profesional transcurrida en el Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés en el período comprendido entre el 2001 hasta la fecha.

El Centro Terapéutico forma parte del equipo de trabajo del Policlínico Peruano Japonés, está conformado por médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, neuropediatras, psicólogos, tecnólogos físicos, tecnólogos ocupacionales, especialistas en lenguaje y aprendizaje, fonoaudiólogo y que comparten la etiología multifactorial de los problemas y su solución interdisciplinaria. Tiene como actividad principal la prestación de los servicios de diagnóstico y tratamiento terapéutico, desde recién nacidos hasta pacientes de la tercera edad. Brinda un servicio sistemático conforme a los planes y programas que se elabora por cada paciente.

Cuenta con servicio de apertura de expediente psicológico, evaluaciones psicológicas, de lenguaje, lenguaje y aprendizaje y psicomotricidad. Así como también ofrece sesiones de terapia en todas estas áreas, tanto de manera individual como grupal, de acuerdo a la dificultad que presenta el paciente. También cuenta con talleres y programas donde se agrupan los pacientes de acuerdo al tipo de dificultad y por edad.

Nuestra labor específica se da en el Servicio de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico, unidad orgánica encargada de brindar servicios de evaluación, diagnóstico así como de tratamiento psicológico a través de acciones que permitan mantener, recuperar y mejorar la adaptación emocional, cognitiva y conductual del paciente y de la familia.

El psicólogo forma parte de este equipo, aplicando diferentes técnicas psicoterapéuticas de acuerdo a la especialidad y complejidad que presente el

paciente (no olvidando que la persona es mente y cuerpo) así como los procedimientos propios en el abordaje del paciente interviniendo en el diagnóstico y tratamiento científico, eficaz y eficiente para su recuperación.

Este documento desarrolla en primera instancia el contexto y diagnóstico situacional del centro laboral, los objetivos del área específica de labor, más adelante detalla las actividades, tareas y funciones realizadas por el Psicólogo; así como las estadísticas de la población atendida.

En el segundo apartado se presenta un caso clínico, desarrollándose la historia clínica, el informe psicológico y el plan de tratamiento.

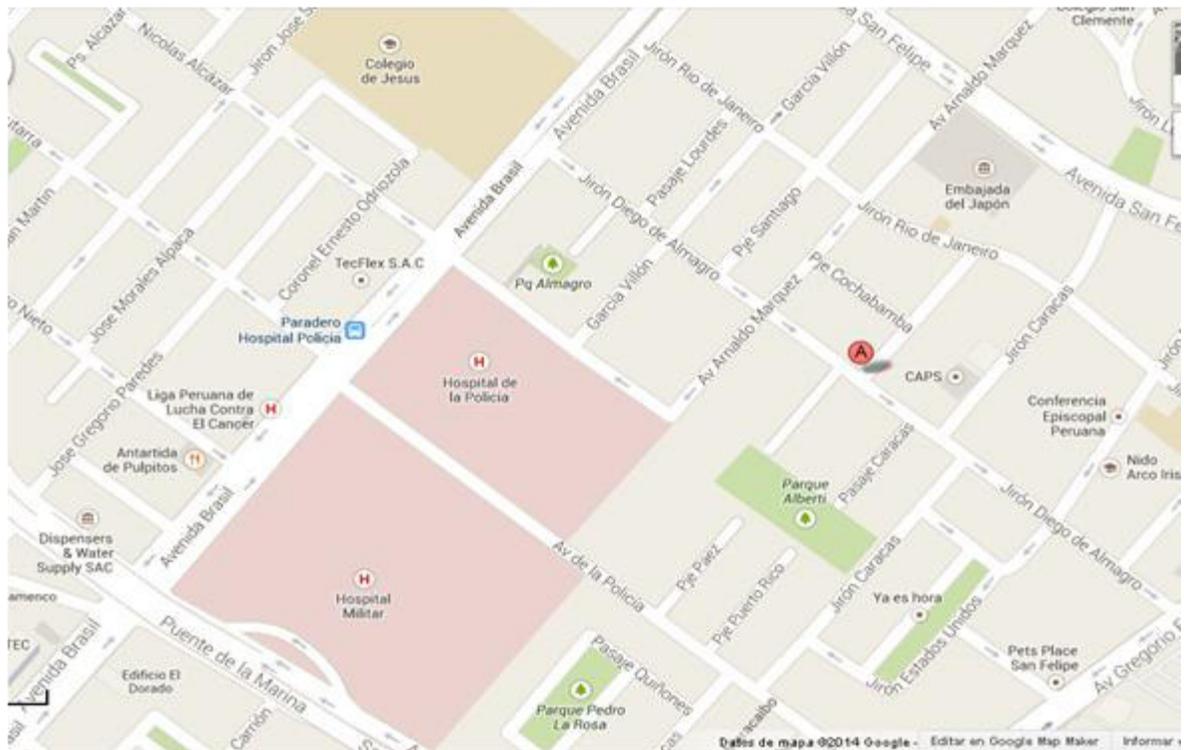
1. ANALISIS Y DIAGNÓSTICO DEL CENTRO LABORAL

1.1 Nombre del Centro Laboral

Centro Terapéutico Peruano Japonés

1.2 Dirección del Centro Laboral

Calle Diego de Almagro 613 – 3er Piso. Jesús María. Para identificar su ubicación se detalla un plano con las principales avenidas que lo rodean:



1.3. Reseña Histórica del Centro:

En el año 1977, durante el periodo del presidente de la Sociedad Central Japonesa del Perú, señor Harumi Suenaga, se presentó un proyecto para la construcción de un asilo (Rokin Homu). A partir de esta propuesta, el directorio Rijkai de los consejeros consideró conveniente la idea de construir un Policlínico.

Inicialmente se contempló la instalación de un consultorio en el local del Centro Cultural Peruano Japonés, pero la idea derivó después en la creación del Policlínico con la ampliación del local.

El doctor Augusto Nago, presentó los planos para la construcción de un centro de salud en el pequeño hall del Centro Cultural Peruano Japonés. Esta iniciativa fue expuesta al cónsul Kichiji Koseki y el proyecto se concretó dos años después, dentro del marco del 80º Aniversario de la Inmigración Japonesa al Perú.

El primer ministro japonés Suzuki Zenko visitó el Perú y a su regreso realizó gestiones para que el gobierno de Japón enviara buena cantidad de equipos médicos, dando inicio a la implementación del futuro policlínico.

La construcción del Policlínico Peruano Japonés se realizó en 3 etapas:

a.- 1ra etapa: Realizada por la Comisión del 80º Aniversario de la Inmigración Japonesa al Perú, inaugurada el 21 de marzo de 1981.

b.- 2da etapa: Con el apoyo de empresas y la colectividad se culmina la segunda mitad del primer piso. Además, en el año 1982 se recibe la donación del equipo de Rayos X.

c.- 3ra etapa: Con la donación del Señor Sasagawa Ryoichi, por medio de su institución filantrópica Senpaku Shinkokai se construyen las tres plantas del segundo al cuarto piso.

1979

Al conmemorarse el 80º aniversario de la inmigración japonesa al Perú, la comisión celebratoria, presidida por el señor Chiyoteru Hiraoka, recibe una donación de equipos médicos de parte del gobierno japonés.

1980

En abril de este año fue electo Presidente de la Sociedad Central Japonesa el Señor Shozo Kitsua, quien a su vez presidió el Centro de Asistencia Social. En ese año diversos profesionales médicos se ofrecieron laborar voluntariamente.

Eso permitió al Centro de Asistencia Social ir creciendo paralelamente a la Ampliación de su infraestructura y servicios. Es así que el Centro de Asistencia Social de la Sociedad Central Japonesa nombra a 11 médicos nisei como jefes de diversos servicios médicos (Cardiología, Cirugía, Pediatría, Laboratorio, Obstetricia, Patología, Radiología, Endoscopía digestiva, Endoscopía, Broncopulmonar, Medicina interna y Ginecología).

21 Marzo 1981

Para la inauguración del policlínico se recibieron importantes Equipos médicos donados por el Gobierno del Japón. Endoscopios para el servicio de gastroenterología. Inauguración del Policlínico Peruano Japonés Jesús María. Padrinos: Ministro de Salud Dr. Uriel García y la Sra. Kiyoko de Nagasaki, esposa del Embajador de Japón.

1981

EL 21 de marzo se inaugura la primera etapa del Policlínico Peruano Japonés. Con mucho esfuerzo y aportes de la colectividad nikkei, se construyen cuatro consultorios dentro del perímetro del Centro Cultural.

28 Diciembre 1982

El Señor Shozo Kitsuta H., Presidente del Centro de Asistencia Social de la Sociedad Central Japonesa, se entrevistó con el Sr. Ryoichi Sasagawa, Presidente de The Japan Shipbuilding Industry Foundation, para presentarle la necesidad de la ampliación del Policlínico Jesús María y la proyección social de la obra, el Sr. Sasagawa prometió formalmente su apoyo económico. Su valiosa colaboración permitió culminar la obra.

1982

El 19 de junio se inaugura la segunda etapa. La donación de un equipo de Rayos X de Japón motivó la ampliación de las instalaciones. Esto fue posible gracias al aporte de importantes firmas japonesas, así como la colaboración de la colectividad nikkei.

19 Junio 1982

Inauguración de la Segunda etapa del Policlínico Peruano Japonés Jesús María. El Embajador del Japón en el Perú, Sr. Eijiro Noda y su esposa Sr. Masako Noda apadrinaron el acto.

Equipo de Rayos X donado por el Gobierno del Japón para la inauguración de la segunda etapa del policlínico.

4 Mayo 1983

Equipos médicos donados por el Gobierno del Japón para la 3era etapa del policlínico.

1983

Se inicia el servicio de Laboratorio de Análisis Clínico. Así mismo se desarrolló una intensa labor médica por el norte del Perú, llevando asistencia a Barranca, Chimbote, Trujillo y Piura.

25 Mayo 1983

Ceremonia de entrega de instrumental médico donado por el Gobierno del Japón, a través del ministro de salud, Dr. Carlos Bazán Zender.

1984

Se continuó con la gira médica asistencial a diversas provincias del Perú, entre ellas, Tarma, Jauja y Chanchamayo. Del mismo modo, importantes firmas como el Club Yamanashi Shimbokukai y Toyota del Perú realizaron importantes donaciones para la ampliación del Policlínico.

1985

Se concreta un aporte importante por parte de la fundación Sasagawa para la ampliación de la infraestructura del policlínico.

1986

Se inaugura la tercera etapa de ampliación del segundo al cuarto piso del Policlínico Peruano Japonés, obra que fue apadrinada por el Ministro de Salud Dr. David Tejada y por la esposa del Embajador de Japón en Perú Sra. Mitsuko Yabu.

1987

La Asociación Peruano Japonesa firma un convenio de cooperación con el Ministerio de Salud para la elaboración de programas de actividades conjuntas orientadas a la planificación y ejecución de programas de salud pública. Se crea el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

1988

Se continúa la política de llevar asistencia médica gratuita a diversas zonas del Perú con el apoyo voluntario de médicos del Policlínico. Así mismo, se desarrollaron diversas actividades culturales y de apoyo social en las comunidades.

1991

Se crea la Dirección de Investigación Científica del Policlínico Peruano Japonés, encargado de impulsar la investigación científica.

1994

Se implementa la Sala de Operaciones de Día, modernamente equipada con ayuda del gobierno japonés a través de la Agencia de Cooperación Internacional (JICA). En este periodo se formaliza el convenio con instituciones y entidades de la comunidad para el beneficio de la colectividad. Se firma el convenio con la Facultad

de Medicina de la Universidad Cayetano Heredia, con la finalidad de una colaboración mutua en los campos de investigación, docencia y servicios.

1996

El 9 de febrero, gracias a la donación de la Fundación Sasagawa, se hace realidad el nuevo local del Laboratorio de Análisis Clínico del Policlínico Peruano Japonés.

1997

Se adquiere un terreno de 4740 m² en el distrito de Pueblo Libre para el Proyecto de Clínica de la comisión Centenario. Por otro lado, el Departamento Policlínico concretó la compra del terreno aledaño al laboratorio "Ryoichi Sasagawa" de un área de 509.81m² para la ampliación del Servicio de Rehabilitación.

1998

Se implementa el servicio de óptica.

Se amplía la infraestructura de los servicios de Radiología, Farmacia y Óptica.

1999

El 31 de agosto se inaugura el Centro de Medicina Física de Rehabilitación, ubicado en la calle Almagro 613.

2000

En marzo se cumplen los 20 años de la creación del Policlínico Peruano Japonés. Se rinde homenaje a los pioneros y a los que hicieron posible este proyecto.

Continuando con la política de renovación de tecnología, se adquirieron equipos para las especialidades de Cardiología y Oftalmología.

2001 - 2002

Se realizaron trabajos de remodelación en los servicios de Gastroenterología, Pediatría, Cardiología, Odontología, Oftalmología, así como la Sala de Cómputo, las Oficinas Administrativas y la Sala del Cuerpo Médico. Se realizó una ampliación de los consultorios de Ginecología, Otorrinolaringología y el Auditorio en el cuarto piso. Se construye el ambiente para Terapias de Lenguaje y Aprendizaje; Estimulación temprana, Psicomotricidad y Psicología. También se concretó la adquisición de los siguientes equipos:

- » Tomógrafo Helicoidal, se continuó con la política de modernización.
- » Se adquirió el Densitómetro Lunar.
- » El Autokeratorefractómetro, Lámpara de Hendidura y Ecógrafo Ocular.
- » Un Videoendoscopio y un equipo Coagulador de Argón y Electrobisturí.
- » Un Ecocardiógrafo a Color.
- » Equipo de Rayos X Panorámico donado por JICA.

2003

Se recibió la ayuda de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón en Perú (JICA) mediante el proyecto de “Mejoramiento de la Salud Local” con la presencia de expertos internacionales para las áreas de: Odontología, Patología, Gastroenterología y Enfermería

Paralelamente se efectuó la ampliación y remodelación del Servicio de Admisión – Caja. Se implementó un nuevo método para la atención de los pacientes, a fin de mejorar el servicio con una atención personalizada. Se realizaron chequeos médicos a colegios así como Instituciones Nikkei y de la comunidad en general.

2004

Este año se construyó el Laboratorio de Patología; además de un área destinada para investigación para el desarrollo del Convenio de Investigación Quintiles. También se concluyó la remodelación de Sala de Cirugía y otros ambientes menores.

1.4. Visión y misión institucionales

Misión

Somos una Institución de Salud que se diferencia porque ofrecemos un servicio de alta calidad, con un trato humano y económicamente accesible a la comunidad en general, haciendo del Policlínico Peruano Japonés el primer Centro de Salud en el ámbito nacional.

Visión

Estar a la vanguardia de los avances tecnológicos y científicos, contando con un personal altamente capacitado; que brinde un servicio de excelencia en su calidad y en su atención, buscando ser una entidad cuyo prestigio trascienda las fronteras del ámbito nacional.

Valores

- a.- Sentimiento por los demás (Kyookan)
- b.- Sentido del deber (Giri)
- c.- Honradez y Honestidad
- d.- Solidaridad
- e.- Confianza

- f.- Generosidad
- g.- Respeto a los mayores
- h.- Eficiencia
- i.- Actualización

Servicios

Servicio de Apoyo al Diagnóstico

Anatomía Patológica

Densitometría

Ecografía

Ecografía Doppler

Laboratorio

Mamografía Ortopedia

Psicología Clínica

Rayos X

Terapias de Aprendizaje y Lenguaje

Terapias de Rehabilitación Física

Tomografía

1.5. Objetivos y Funciones generales del Centro Terapéutico Peruano Japonés

El Centro Terapéutico forma parte del equipo de trabajo del Policlínico Peruano Japonés, está conformado por médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, neuropediatras, psicólogos, tecnólogos físicos, tecnólogos ocupacionales, especialistas en lenguaje y aprendizaje, fonoaudiólogo y que comparten la etiología multifactorial de los problemas y su solución interdisciplinaria.

1.5.1. OBJETIVOS

- Diagnosticar problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, psicomotores, de adaptación, emocionales entre otras dificultades.
- Brindar tratamiento terapéutico adecuado tanto en el campo psicológico como en el psicoeducativo, físico y ocupacional.
- Realizar charlas y talleres para padres que contribuyan a una mejor formación y desarrollo del paciente
- Coordinar con otras instituciones ya sea educativa o de salud que contribuyan a un mejor entendimiento del paciente realizando un trabajo multidisciplinario
- Planificar y desarrollar cursos de capacitación al personal.

1.5.2. FUNCIONES

El Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés tiene como actividad principal la prestación de los servicios de diagnóstico y tratamiento terapéutico, desde recién nacidos hasta pacientes de la tercera edad.

Brinda un servicio sistemático conforme a los planes y programas que se elabora por cada paciente

En consecuencia es de su responsabilidad:

- Diagnosticar y detectar problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, de adaptación, psicomotores, emocionales, sensoriales entre otros.
- Organizar los planes de tratamiento terapéutico de acuerdo a las recomendaciones de los informes previos.
- Ejecutar el Plan Terapéutico
- Ofrecer servicios de asesoría a los padres de familia y público interesados en el área
- Brindar servicios administrativos, facilitando la emisión de los respectivos informes, constancias de tratamiento y consultas, certificados.

- Planificar y desarrollar Talleres y Programas Terapéuticos que contribuyan al desarrollo integral del paciente y optimizar los procesos adaptativos.

1.6. Organización Funcional

1.6.1. Estructura orgánica

El Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés forma parte de la estructura orgánica del Policlínico Peruano Japonés, dependiendo directamente de la Gerencia Administrativa. Es la unidad encargada de brindar servicios de diagnóstico detectando dificultades emocionales, conductuales, de rendimiento escolar, habla, adaptación, sensoriales y psicomotrices entre otras , planifica y ejecuta programas terapéuticos que permiten mantener, recuperar y mejorar el desarrollo integral del paciente.

Se organiza estructuralmente en tres servicios:

- **Servicio de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico**

Es la Unidad orgánica encargada de brindar servicios de evaluación, diagnóstico así como de tratamiento psicológico a través de acciones que permitan mantener, recuperar y mejorar la adaptación emocional, cognitiva y conductual del paciente y de la familia.

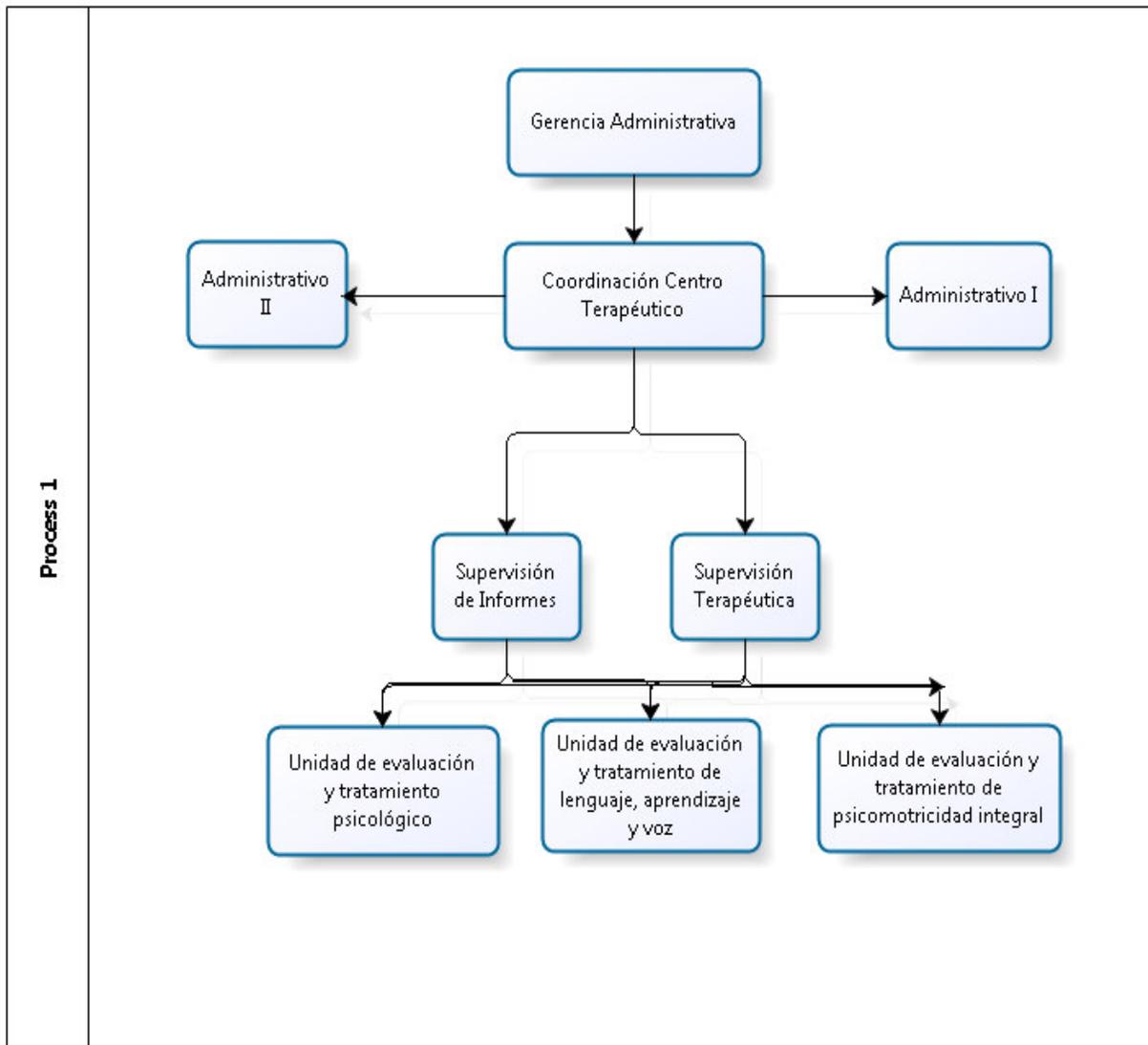
- **Servicio de evaluación y tratamiento para dificultades de lenguaje y aprendizaje**

Es la Unidad orgánica encargada de brindar servicios de evaluación así como de tratamiento de los niveles de lenguaje y aprendizaje a través de acciones que permitan mantener, recuperar y mejorar la adaptación educativa en todas las edades formativas del paciente.

- **Servicio de evaluación y tratamiento para dificultades psicomotrices, sensoriomotrices y posturales.**

Es la Unidad orgánica encargada de brindar evaluación así como de tratamiento de las alteraciones psicomotrices, sensoriomotrices y posturales, a través de acciones que permitan la adquisición progresiva de habilidades motoras gruesas y finas así como de una correcta postura.

1.6.2. Organigrama Estructural del Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés



Cuadro Orgánico de Cargos

Denominación de la unidad orgánica y Cargos clasificados	Total	Observaciones
Coordinadora	1	Psicóloga
Supervisor de avance terapéutico	1	Psicólogo
Supervisor de Informes	1	Psicóloga
Unidad Evaluación y tratamiento psicológico	23	Psicólogos
Unidad Evaluación y tratamiento de lenguaje y aprendizaje	29	Psicólogos/ Docentes
Unidad Evaluación y tratamiento psicomotriz y postural	11	Tecnólogos médicos
Asistentes administrativos I	9	Técnicos
Asistentes administrativos II	2	Operarios

Descripción de las funciones específicas

1.6.3. PSICÓLOGO I / EVALUADOR

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- Entrevistar a los niños, adolescentes y adultos que solicitan el servicio para ser evaluados.
- Seleccionar, aplicar e interpretar pruebas psicológicas.
- Elaborar los informes psicológicos emitiendo el respectivo diagnóstico clínico
- Firmar los informes psicológicos.
- Dar los resultados de manera oral al paciente o padre de familia una vez concluida la evaluación.
- Atender consultas psicológicas.
- Derivar a los médicos de la institución si el cuadro lo amerita.
- Integrar comisiones de trabajo en caso que sea necesario.
- Denunciar a la Coordinación cualquier deterioro de material psicométrico o de uso constante.
- Tener al día el expediente psicológico con el avance terapéutico.
- Llenar los datos necesarios en la ficha de apertura de historia, colocando cualquier dato relevante para el proceso terapéutico.
- Cerrar la puerta con seguridad una vez concluida la jornada laboral.
- Participar en las reuniones clínicas del área.
- Participar en actividades asistenciales, educativas y preventivo-promocionales internas si así lo requiere la institución.
- Establecer y mantener una política orientada a dar una atención eficiente, eficaz y con calidad.
- Priorizar en todo momento el trato oportuno y la mejor disposición de servicio para con los usuarios, sus familiares y el personal de la institución.
- Elaborar la estadística diaria del número de pacientes atendidos.
- Otras funciones que le asigne su jefe inmediato superior.

1.6.4. PSICÓLOGO II / PSICOTERAPEUTA

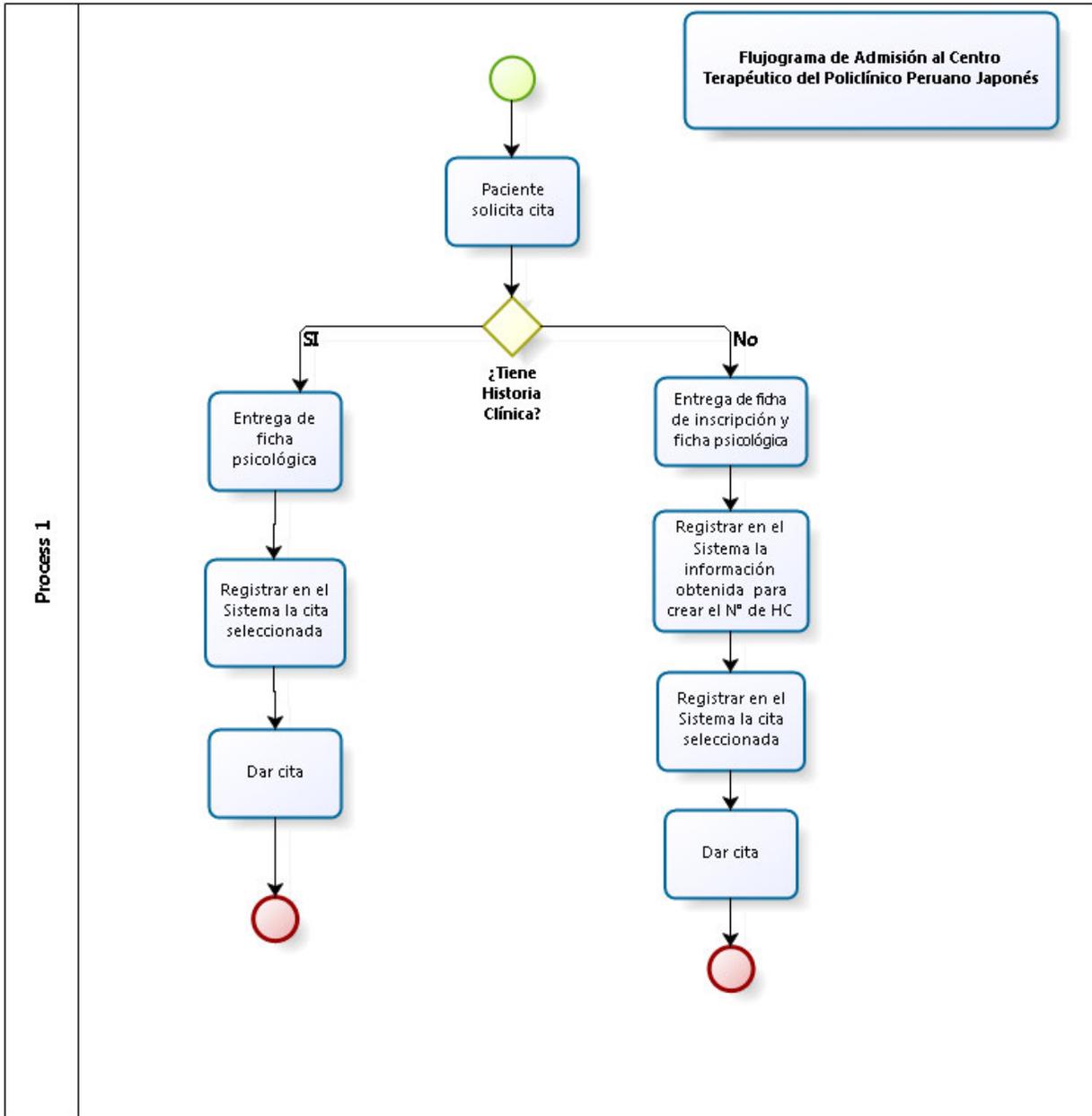
FUNCIONES ESPECÍFICAS

- Elaborar el plan terapéutico para el tratamiento según el caso.
- Realizar tratamiento psicoterapéutico de alta calidad.
- Atender consultas psicológicas.
- Derivar a los médicos de la institución si el cuadro lo amerita.
- Tener al día el expediente psicológico con el avance terapéutico.
- Emitir el informe de evolución del tratamiento cuando se solicite.
- Integrar comisiones de trabajo en caso que sea necesario.
- Mantener comunicación constante con los padres de familia sobre los avances, retrocesos o estancamiento del proceso terapéutico.
- Mantener comunicación oral o escrita con la maestra de aula en caso necesario.
- Llenar los datos necesarios en la ficha de apertura de historia, colocando cualquier dato relevante para el proceso terapéutico.
- Cerrar la puerta con seguridad una vez concluida la jornada laboral.
- Participar en las reuniones clínicas del área.
- Participar en actividades asistenciales, educativas y preventivo-promocionales internas si así lo requiere la institución.
- Establecer y mantener una política orientada a dar una atención eficiente, eficaz y con calidad
- Priorizar en todo momento el trato oportuno y la mejor disposición de servicio para con los usuarios, sus familiares y el personal de la institución.
- Elaborar la estadística diaria del número de pacientes atendidos.
- Otras funciones que le asigne su jefe inmediato superior.

1.7. Procedimientos

FLUJOGRAMA

1.7.1. Admisión al Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés



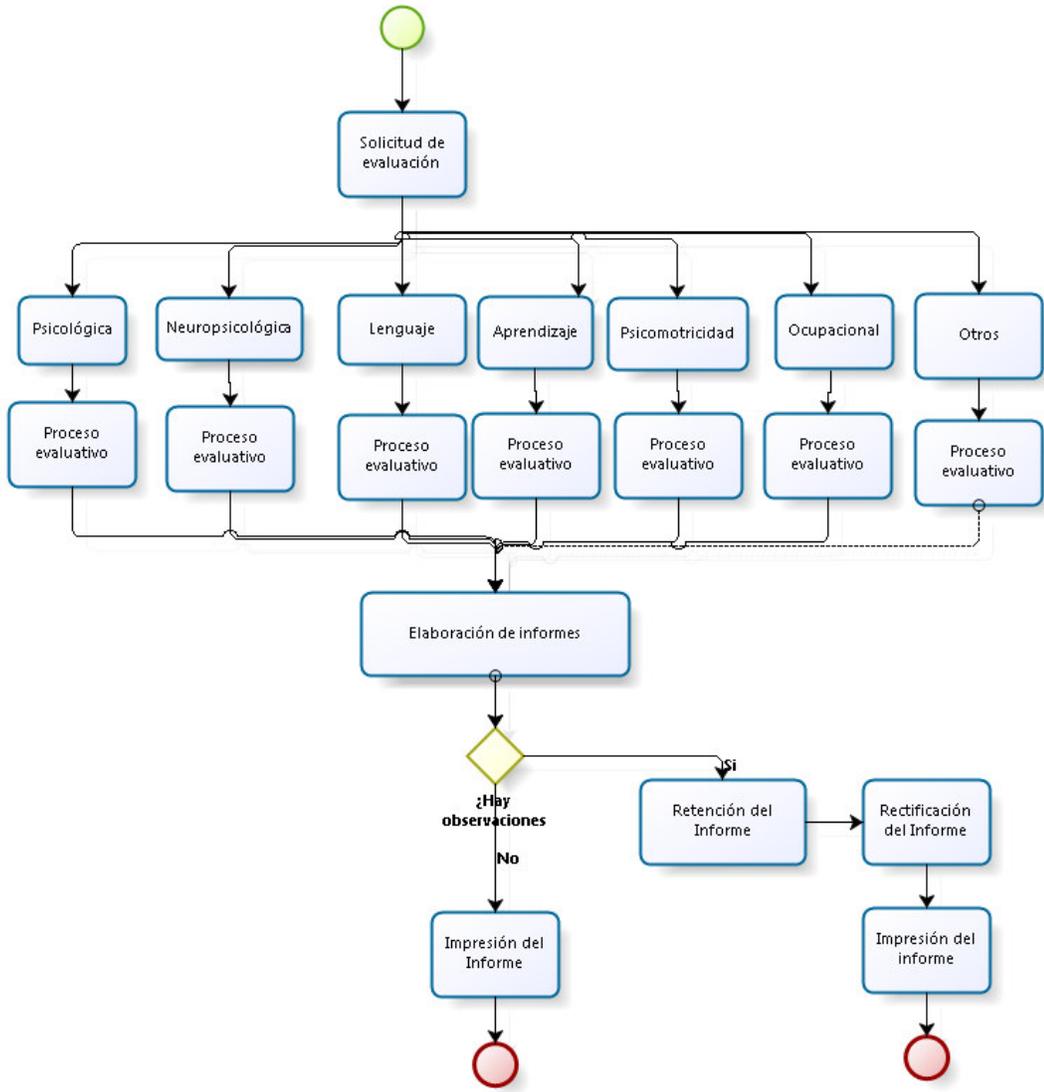
PROCEDIMIENTO

1.7.2. Admisión al Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés

Padre solicita Cita y tiene HC:	<ul style="list-style-type: none"> - Visualizar en la computadora N° de HC y datos del paciente
Entrega de ficha psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de ficha psicológica - Corroborar que los datos estén completos - Corroborar datos proporcionados con los datos en el Sistema (Actualizaciones o correcciones de datos personales)
Registrar en el Sistema la cita	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar búsqueda de horarios con especialistas según aceptación del paciente - Registrar los horarios escogidos
Dar cita	<ul style="list-style-type: none"> - Imprimir cita - Dar indicaciones y recomendaciones al paciente - Colocar ficha en el expediente psicológico
Padre solicita Cita y tiene no tiene HC:	
Entrega de ficha de inscripción y ficha psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de inscripción y ficha psicológica - Corroborar que los datos estén completos
Registra en el Sistema la información obtenida	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar la información de la ficha de inscripción para generar el N° de HC.
Registrar en el Sistema la cita	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar búsqueda de horarios con especialistas según aceptación del paciente - Registrar horario escogido
Dar cita	<ul style="list-style-type: none"> - Imprimir cita - Dar indicaciones y recomendaciones al paciente - Colocar ficha en el expediente psicológico

FLUJOGRAMA DE EVALUACIÓN Y EMISIÓN DE INFORMES

Process 1



PROCEDIMIENTO

1.7.3. Evaluación y Elaboración de Informes

Evaluación Psicológica: Método diagnóstico como parte integral del paciente utilizando instrumentos, tests psicológicos, neuropsicológicos, proyectivos, inventarios, cuestionarios, observaciones etc.

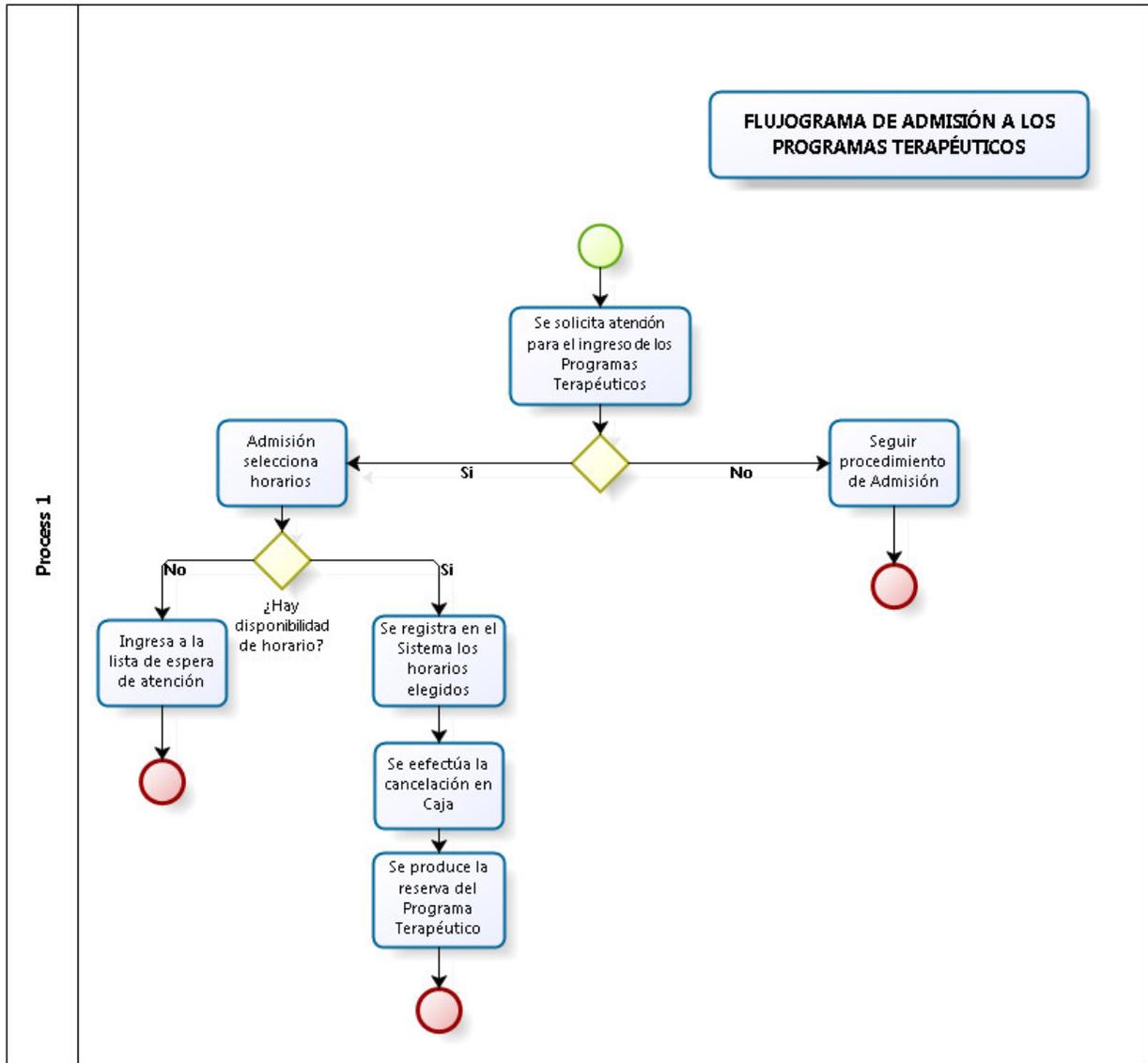
Informe psicológico: Documento en que se pone énfasis en la exactitud destacándose por su claridad obteniendo el adecuado diagnóstico.

Padre solicita evaluación	<ul style="list-style-type: none">- Por recomendación médica, escolar o de otros especialistas.- En el caso que sea por iniciativa particular del padre de familia o paciente se recomienda una previa consulta psicológica.- Caso aparte es la solicitud de orientación vocacional, que ingresa directamente
Evaluación psicológica/ neuropsicológica	<ul style="list-style-type: none">- Paciente separa de 4 o 5 sesiones de 45' (De 5 años a personas de tercera edad)
Evaluación de Lenguaje/ aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">- Paciente separa de 2 a 3 sesiones (niños menores de 3 años)- Paciente separa de de 3 a 4 sesiones (niños de 4 a 5 años)- Paciente separa de 5 a 6 sesiones (niños en etapa escolar)
Evaluación de Psicomotricidad gruesa- fina/ Postural	<ul style="list-style-type: none">- Paciente separa de 2 a 3 sesiones de 45'
Evaluación sensorial/ ocupacional/ oro	<ul style="list-style-type: none">- Paciente separa 3 sesiones de 45'

funcional	
Proceso evaluativo	<ul style="list-style-type: none"> - Primera sesión, si es menor de edad tendrá que venir obligadamente con el padre de familia o tutor. - En caso de ausencia de ambos traerá carta de poder. - Especialista aplican los instrumentos evaluativos - La última sesión especialista le informa oralmente de los resultados - Se le indica al padre de familia que si desea el informe psicológico puede solicitarlo en Admisión
Elaboración de Informes	<ul style="list-style-type: none"> - El especialista tiene un plazo de 5 días para entregar el informe a la supervisora de informes - El supervisor verifica en la computadora si el informe ha sido ingresado, guiándose de la lista de solicitud de informes - Se selecciona aquellos informes de evaluación que por la fecha ya deben ser entregados - Se chequea el informe, corrigiendo errores ortográficos, de formato y de redacción si es necesario realizarlo - Se verifica posibles contradicciones o errores de digitación
Retención del informe	<ul style="list-style-type: none"> - Se retiene los informes que no reúnen las condiciones para ser impresos y entregados,
Rectificación de informe	<ul style="list-style-type: none"> - Se conversa con el especialista si es necesario se realiza las interconsultas pertinentes. - La supervisora de informes comunica a la Coordinación
Impresión del informe	<ul style="list-style-type: none"> - Después de 10 días el paciente recoge el informe en Admisión - Informe debe contener: Datos del paciente/ Motivo de consulta/ Antecedentes/Observaciones de conducta/ Resultados/Conclusiones/ Diagnostico o Conclusiones/ Recomendaciones

FLUJOGRAMA

1.7.4. Admisión a los Programas Terapéuticos regulares del Centro Terapéutico del Policlínico Peruano Japonés



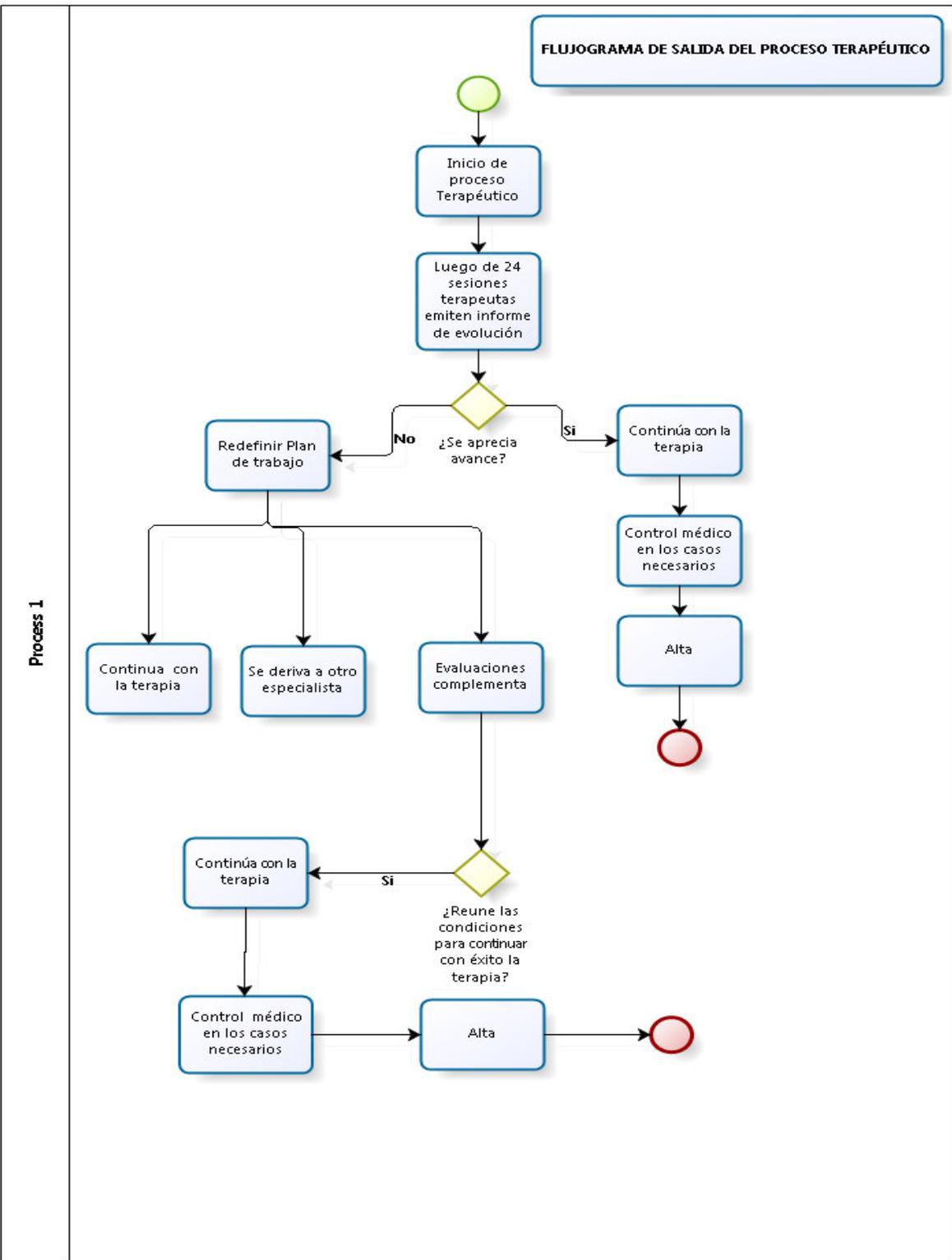
PROCEDIMIENTO

1.7.5. Admisión a los Programas Terapéuticos

Lenguaje- Aprendizaje- Emocional- Habilidades Sociales- Conductual- Atención-concentración- Familiar- sensoriomotor- Ocupacional- Psicomotriz- Postural- Tartamudez- Orofacial- Comprensión lectora- Hábitos de Estudio- Estimulación temprana- Intervención Temprana

Programas terapéuticos: Secuencia programada de acciones a seguir con fines de recuperación o estimulación de capacidades y funciones. Puede ser individual o grupal

Padre solicita ingreso a los programas terapéuticos	<ul style="list-style-type: none">- Se verifica la existencia de informe psicológico, lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad etc. u orden médica en donde se recomienda iniciar terapia.- En caso que no exista informe o recomendación médica, paciente tendrá que iniciar el procedimiento de Admisión.
Seleccionar horarios	<ul style="list-style-type: none">- Personal de admisión inicia la búsqueda de horarios que convenga al paciente.- En caso que no encuentre horario, paciente entrará a la lista de espera de horario.
Registro en el Sistema los horarios elegidos	<ul style="list-style-type: none">- Se imprime la cita- Se da indicaciones y recomendaciones al paciente- Se le indica que de no cancelar ese día, el Sistema borraré automáticamente la reserva de cita.- Se le indica la cancelación en Caja
Cancelación en Caja	<ul style="list-style-type: none">- Se le proporciona la Boleta de pago compuesta por dos partes desglosable: de Usuario y de Archivo.- La Boleta de usuario es para el paciente- La Boleta de Archivo tendrá que entregarlo a Admisión
Se reserva la cita	<ul style="list-style-type: none">- Queda registrado en el Sistema el o los horarios reservados.- Personal especializado puede visualizar en la pantalla los pacientes a tratar.



PROCEDIMIENTO

Salida de los Programas Terapéuticos

Lenguaje- Aprendizaje- Emocional- Habilidades Sociales- Conductual- Atención-concentración- Familiar- sensoriomotor- Ocupacional- Psicomotriz- Postural- Tartamudez- Orofacial- Comprensión lectora- Hábitos de Estudio- Estimulación temprana- Intervención Temprana

Luego de 24 sesiones el especialista emite informe de evolución	<ul style="list-style-type: none">- Todo paciente después de 24 sesiones deberá tener en su expediente psicológico un informe de evolución que lo entregará al supervisor terapéutico. Debidamente firmado.- Deberá colocar necesariamente datos del paciente, inicio del tratamiento, objetivos del tratamiento, el avance hasta la fecha, las recomendaciones.
Continuación del Programa Terapéutico	<ul style="list-style-type: none">- El especialista indicará si lo cree conveniente la cantidad de sesiones al mes.- Continuará ofreciendo un trato cálido y terapéutico
Control médico	<ul style="list-style-type: none">- El especialista derivará al control médico o de otro profesional si lo cree conveniente. Antes de darle de alta.
Redefinir Plan de Trabajo	<ul style="list-style-type: none">- En el caso que se aprecia un lento avance, el especialista redefinirá su Plan de tratamiento para continuar el tratamiento, puede también optar por la derivación a otro especialista o solicitar evaluaciones complementarias
Control médico	<ul style="list-style-type: none">- El especialista derivará al control médico o de otro profesional si lo cree conveniente. Antes de darle de alta.

1.8. Actividades:

A. Entrevista Psicológica

La entrevista psicológica es una herramienta utilizada para la recolección de datos previos, de tal extensión y detalle que permita obtener una síntesis de la situación presente, la historia pasada, la salud actual y el estado de “no salud” del individuo (Anamnesis). Esta técnica es un instrumento fundamental en el método clínico, que se ve complementada con el uso de la observación diagnóstica y la escucha activa.

B. Observación de conducta

La observación de conducta constituye otros de los métodos directos empleados para la recogida de información. Esta técnica esencialmente centrada en las conductas externas o no verbales y las verbales debe ser objetiva, enfocada únicamente en lo observable; para ello el entrevistador debe formar parte del espacio condicionándolo para que sea un lugar de confianza para el individuo. Esta técnica se utiliza de manera permanente en la atención de los pacientes de distintos grupos etáreos y en los diversos tipos de atención.

C. Evaluación

La primera entrevista psicológica que repasa el motivo de consulta inicial se apoya en la aplicación de evaluaciones psicométricas y proyectivas que complementan las apreciaciones clínicas para una mayor precisión y profundidad en el diagnóstico.

Una vez aplicadas las herramientas y pruebas psicológicas (aproximadamente en 3 sesiones) según el análisis clínico del psicólogo, se procederá con la calificación de las mismas (tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, ya sea la modalidad de

calificación manual o computarizada); continuando con el proceso de análisis e interpretación de los resultados (según los lineamientos propuestos en el manual de cada prueba), elaborando el perfil de resultados (ubicando tanto logros como aspectos observados o por mejorar en el sujeto) para luego llevar a cabo el análisis de los mismos y poder definir el diagnóstico elaborado en primera instancia.

Con el fin de terminar de definir el diagnóstico, el cual se presenta como un proceso secuencial iniciado a través de las primeras entrevistas y evaluaciones con el paciente, éste procede a definir en la presente etapa. Luego de la contrastación de la hipótesis clínica inicial, se procede a precisar el diagnóstico (diagnóstico definitivo) a través del establecimiento de un código diagnóstico basado en los criterios del CIE 10. Posteriormente se procede a realizar el informe psicológico que reúne la información y resultados obtenidos de manera sistematizada, adjunto a éste, los datos de filiación, áreas evaluadas, resultados, conclusiones y sugerencias, junto a datos adicionales que cada área de rotación considere oportuna según su campo de acción. Finalmente, se otorga una cita al paciente (o demás referentes) para la entrega del informe verbal y escrito; así mismo se llevará a cabo una orientación con respecto a las pautas a seguir en el planteamiento de intervención individual, grupal y/o derivación en caso lo requiera.

Entre las evaluaciones utilizadas se encuentran las orientadas a medir el aspecto intelectual, personalidad, el desarrollo socio-emocional, procesos de orientación vocacional, síndromes, síntomas y cuadros psicopatológicos, procesos neuropsicológicos, aspectos de salud psicológica ocupacional, competencias en el ámbito laboral u ocupacional, entre otros.

Instrumentos utilizados en el estudio del funcionamiento intelectual y demás procesos psíquicos:

-Escala de Inteligencia para niños en edad pre escolar y primaria de Wechsler (WPSSI-IV)

Autor : David Wechsler.

Administración : Individual.

Duración : 50 -75 minutos aproximadamente

Edad de aplicación : 3 años - 7 años 3 meses

Significación : Evalúa el funcionamiento intelectual en los dominios cognitivos verbales (a través de las sub pruebas de información, vocabulario, aritmética semejanzas, comprensión y oraciones); así como los aspectos de ejecución (a través de diseño de cubos, casa de animales, figuras incompletas, laberintos, diseño geométrico y rompecabezas).

-Escala de Inteligencia para niños y adolescentes de Wechsler (WISC IV)

Autor : David Wechsler

Administración: Individual

Duración : Entre 60 y 110 minutos

Edad de aplicación: Niños y Adolescentes de 6 años a 16 años, 11 meses

Significación : Evalúa la capacidad intelectual a través de 15 subtests (Diseño de cubos, semejanzas, retención de dígitos, conceptos, claves, vocabulario, letras y números, matrices, comprensión, búsqueda de símbolos, figuras incompletas, animales, información, aritmética, adivinanzas).

-Escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS III)

Autor : David Wechsler

Administración : Individual

Duración : Entre 60 y 90 minutos

Edad de aplicación : De 17 a 89 años

Significación : Evalúa la capacidad intelectual a través de los siguientes componentes (Comprensión verbal, organización perceptiva, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).

-Inventario de Cociente emocional de Bar On (ICE de BarOn):

Autor : Reuven Bar-On

Administración : Individual o colectiva

Duración : Sin límite de tiempo (aproximadamente de 30 a 40 minutos)

Edad de aplicación : De 16 años a más

Significación : Evaluación de las aptitudes emocionales de la personalidad, como determinantes para alcanzar el éxito general y mantener una salud emocional positiva

-Test de Aptitudes Mentales Primarias (PMA)

Autor : L.L. Thurstone y Th. G. Thurstone

Administración : Individual y colectiva.

Duración : 60 minutos aproximadamente

Edad de aplicación : De 11 años en adelante.

Significación : Evaluación de las siguientes aptitudes mentales primarias: Comprensión verbal (V), Espacial (E), razonamiento (R), Cálculo (N) y fluidez verbal (F).

Instrumentos utilizados en el estudio de la personalidad:

-Cuestionario de la personalidad de Cattell (16 PF-5)

Autores : R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell, 1993.

Administración : Individual y Colectiva

Duración : Variable, entre 40 y 45 minutos

Edad de aplicación : Adolescentes y adultos

Significación : Apreciación de 16 rasgos de primer orden y 5 dimensiones globales de la personalidad.

-Test de la Figura Humana

Autor : Karen Machover

Administración : Individual y colectiva

Duración : 15-20 minutos aproximadamente

Edad de aplicación : Adolescentes y adultos

Significación : Evalúa profundamente la personalidad. Consiste en una prueba proyectiva que presenta el dibujo libre de una persona. Se manejan indicadores interpretados en su mayoría a través de la teoría psicodinámica.

-Dibujo de la figura humana para niños (DFH)

Autores : Goodenough (1926), Harris (1963), Elizabeth Koppitz

Administración : Individual y colectiva

Duración : Aproximadamente 10 minutos

Edad de aplicación : Niños de 5 a 12 años

Significación : Evalúa la maduración mental como técnica evolutiva; y como test proyectivo las preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños.

-Test del hombre bajo la lluvia:

Autor : Querol Chavez Paz

Administración : Individual o colectiva

Duración : Sin límite de tiempo

Edad de aplicación : Jóvenes y adultos

Significación : Evalúa indicadores de personalidad, aspectos socioemocionales, conductuales, entre otros que se activan ante presiones ambientales contextuales. Diagnostica las modalidades defensivas como modalidad adaptativa o patológica. Busca diagnosticar la estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización-desorganización.

-Test de frases incompletas de Forer:

Autor : Forer

Administración : Individual y colectiva

Duración : 60 minutos aproximadamente

Edad de aplicación : entre 4 y 12 años

Significación : Evalúa la personalidad, a través de los sentimientos, actitudes y reacciones ante los demás. Consta de 100 frases incompletas donde se escribirá lo primero que se le ocurra, está dividido en 5 áreas: Actitudes hacia las figuras interpersonales, deseos, causas de lo propio, reacciones frente a estados externos, reacciones frente a sí mismo.

-Test de frases incompletas de Sacks:

Autor : Joseph M. Sacks

Administración : Individual y colectiva

Duración : 60 minutos aproximadamente

Edad de aplicación : De 12 años a más

Significación : Evalúa las características de personalidad y esencialmente las actitudes hacia los demás. Consta de 60 ítems de frases incompletas donde se escribirá lo que primero se le ocurra al sujeto. Está dividida en 4 áreas: la familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo.

-Test de la familia:

Autor : Luis Corman

Administración : Individual

Duración : No hay límite de tiempo

Edad de aplicación : Desde los 5 años en adelante

Significación : Evaluación de la personalidad del niño relacionando sus vivencias personales con su ubicación y concepto como integrante de su ambiente familiar. El sujeto a través del dibujo expresa sus preferencias e identificaciones.

-Inventario de Millon de Estilos de Personalidad (MIPS):

Autor : Theodore Millon

Administración : Individual o colectiva

Duración : Aproximadamente 30 minutos

Edad de aplicación : Desde 18 años hasta los 65 años

Significación : Evalúa los estilos de personalidad en población con condiciones normales de salud mental. Está compuesto por 180 ítems.

-Cuestionario de personalidad para adolescentes (HSPQ):

Autores : R. B. Cattell y M. D. Cattell

Administración : Individual y colectiva

Duración : Entre 40 y 50 minutos

Edad de aplicación : De 12 a 18 años

Significación : Evalúa rasgos de personalidad en adolescentes.

Instrumentos utilizados para evaluar signos y síntomas clínico- psicopatológicos

-Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI II):

Autor : Theodore Millon

Administración : Individual o colectiva

Duración : Aproximadamente entre 45 y 60 minutos

Edad de aplicación : Sujetos de 18 años a más

Significación : Evalúa síndrome clínicos leves, severos y patologías de personalidad en 22 escalas que componen el test en 175 ítems.

-Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini Mult

Autor : J. K Kincannon

Administración : Individual o colectiva

Duración : Entre 20 a 45 minutos
Edad de aplicación : Entre 16 y 55 años con instrucción secundaria
Significación : Evaluación de los factores de personalidad relacionados con rasgos psicopatológicos. Abarca 4 escalas de validez y 8 escalas clínicas.

Instrumentos utilizados para evaluar trastornos psíquicos relacionados a factores orgánicos

-Test Gestáltico Visomotor de Bender:

Autor : Laretta Bender, Elizabeth Munsterberg
Administración : Individual
Duración : Sin tiempo límite
Edad de aplicación : Niños desde los 5 años, adolescentes y adultos
Significación : Mide el desarrollo intelectual de los niños, expresado a través de la reproducción de las nueve láminas y valorar la presencia de algún síndrome orgánico a partir de las características que se observan en la reproducción de los diseños.

-Mini-Mental State Examination (MMSE):

Autores : M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. Mc Hugh.
Administración : Individual
Duración : Entre 5 y 10 minutos
Edad de aplicación : Jóvenes y Adultos

Significación : Proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar en los pacientes trastornos funcionales orgánicos.

Instrumentos utilizados para evaluar aspectos socioemocionales:

-Inventario de Depresión de Beck (IDB):

Autores : Aaron, A; Rushm, A; Shaw, B y Emery, G.

Administración : Individual y colectiva
Duración : 15 minutos
Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
Significación : Mide aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de la depresión.

-Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo:

Autor : Charles Spielberger
Administración : Individual y colectiva
Duración : 15 minutos
Edad de aplicación : Adolescentes y adultos
Significación : Inventario autoevaluativo diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la Ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

-Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:

Autores : Brink y Yesavage
Administración : Individual y colectiva
Duración : 15 minutos aproximadamente
Edad de aplicación : A partir de los 60 años
Significación : Concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores.

-Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia:

Autores : G. S. Alexopoulos, R. C. Abrams, R. C. Young, C. A. Shamolan.
Administración : Individual o colectiva
Duración : Aproximadamente 20 minutos
Edad de aplicación : Por lo general adultos mayores, pacientes con diagnóstico de Demencia

Significación : Diseñado para la evaluación de la sintomatología depresiva en los pacientes con deterioro cognitivo.

- Otras escalas:
 - Escala de Asertividad de Rathus
 - Escala de Habilidades Sociales (EHS)
 - Escala FACES III de Cohesión y Adaptabilidad Familiar
 - Escala de Clima Social (En la escuela, en la familia, en el trabajo) FES de Moos
 - Inventario de Autoestima de Coopersmith
 - Test de Intereses y preferencias vocacionales (IPP)

D. INTERVENCIÓN

Modalidades:

- Según los beneficiarios:

- Con el paciente

Proceso de intervención llevado a cabo con el paciente como beneficiario directo, o con parejas o familias según sea el planteamiento terapéutico tras el diagnóstico dinámico de la problemática.

- Con los padres y/u otros referentes

En el caso de la intervención en psicología infantil, los principales lineamientos se llevan a cabo con los padres, tutores o cuidadores. En otros casos, cuando el paciente no cumpla con criterios mínimos para poder ser considerado en una modalidad individual, se trabajar con algún familiar o referente que pueda acompañar el proceso.

- Según la metodología

* Orientación y consejería psicológica

Cuya proyección es guiar al sujeto para tratar problemas o situaciones personales que si bien no le implican desórdenes psicológicos, generan en él/ella preocupación y desequilibrio en su funcionalidad. Este trabajo se centra en el acompañamiento y guía del sujeto, capacitándolo para que logre reconocer y utilizar sus recursos personales con mayor eficacia en la resolución de problemas. Su objeto es lograr la readaptación y funcionamiento humano en búsqueda de una adecuada calidad de vida, con un mínimo de cambios en la personalidad, haciendo ajustes de sus emociones, pensamientos y actos para adecuarlos a lo que se entiende como conducta normal.

*Terapia Individual

Fundamentada esencialmente en la teoría cognitivo-conductual. Se emplean técnicas relacionadas con el reconocimiento y modificación de los pensamientos automáticos de manera que se pueda redirigir y fomentar el control de emociones y de conductas que podrían resultar desestabilizantes para el individuo. Entre las principales técnicas empleadas se encuentran: El autorregistro de situación-pensamiento-emoción y conducta; flecha descendente, identificación de distorsiones cognitivas e ideas irracionales, reestructuración cognitiva y detención del pensamiento, entre otras técnicas.

*Talleres Psicoeducativos

Constituyen una herramienta valiosa en la modificación y aprendizaje de nuevos esquemas de pensamiento y conducta. Tienen como objetivo promover comportamientos y actitudes pro sociales así como entornos más saludables. Están

destinados a trabajar con distintas poblaciones, con el objetivo de mejorar la calidad de vida mediante la adquisición de nuevos comportamientos, motivaciones, creencias, actitudes y valores, asociados a un mejor estilo de vida.

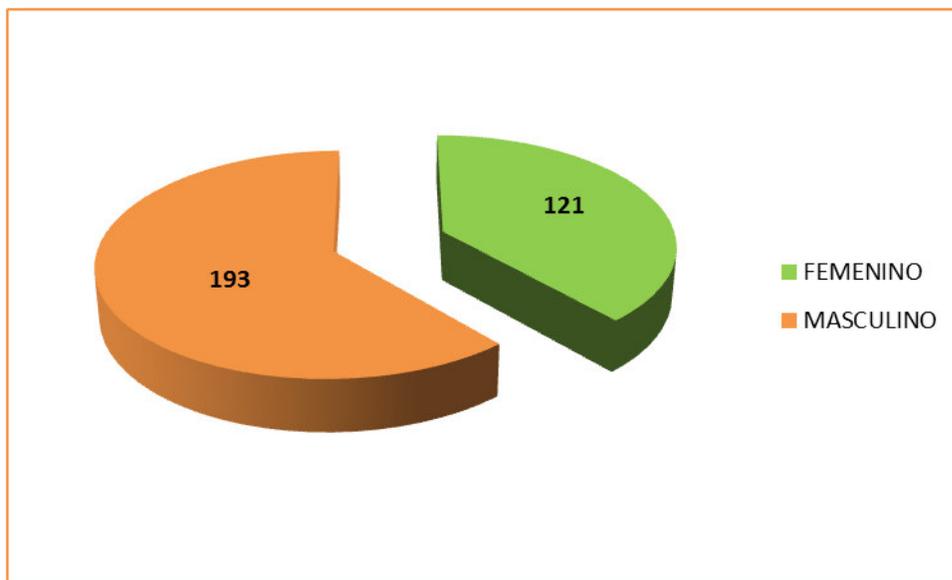
* Terapia familiar y terapia de pareja

Son modalidades que implican la reunión del terapeuta con más de un solo paciente. En la terapia de grupo se establece el desarrollo de las sesiones correspondientes a una metodología individual en una metodología grupal, con sujetos de las mismas características diagnósticas o similares de manera que el grupo psicoterapéutico dote a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio aumentando la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, favoreciendo una dinámica grupal que permita compartir perspectivas parecidas, testimonios y medidas terapéuticas semejantes. Por otro lado, en la terapia familiar es la familia completa quien atraviesa por el proceso terapéutico ya que se considera oportuna la modificación de las relaciones, límites y roles dentro de la dinámica familiar para poder lograr el cambio y mejora del paciente (miembro de la familia que ha presentado el síntoma); así también, la terapia de pareja atiende a los objetivos terapéuticos orientados a la mejora de la dinámica de la pareja, las pautas de comunicación, establecimiento de roles, o en todo caso, procesos de desvinculación.

ESTADISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN LOS AÑOS 2013 Y 2014

GRAFICO 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN GÉNERO



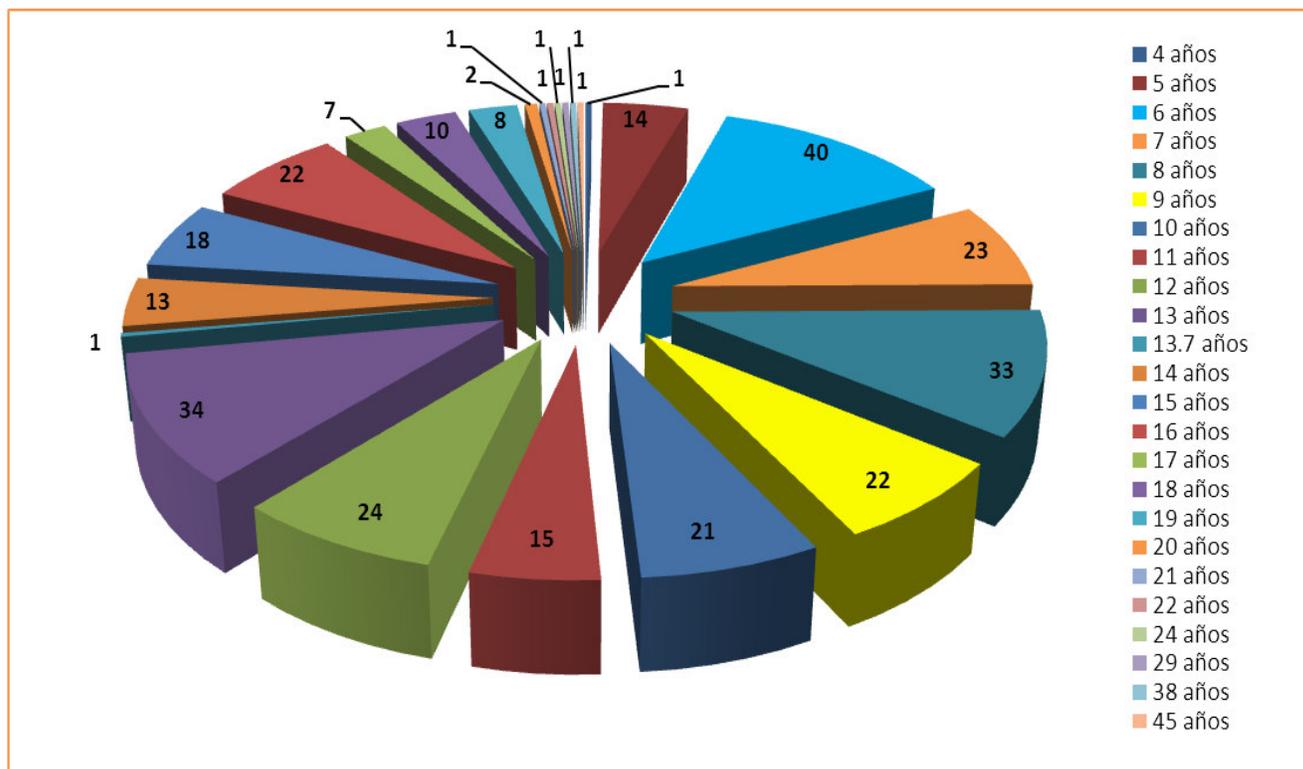
Pacientes según el género:

Femenino	:	121
Masculino	:	193

TOTAL	:	314
--------------	---	------------

GRAFICO 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EDAD



EDAD	Nº PACIENTE		EDAD	Nº PACIENTE
4 años	1		15 años	18
5 años	14		16 años	22
6 años	40		17 años	7
7 años	23		18 años	10
8 años	33		19 años	8
9 años	22		20 años	2
10 años	21		21 años	1
11 años	15		22 años	1
12 años	24		24 años	1
13 años	34		29 años	1
13.7 años	1		38 años	1
14 años	13		45 años	1
			TOTAL	314

GRAFICO 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES ATENDIDOS SEGUN EDAD Y GENERO

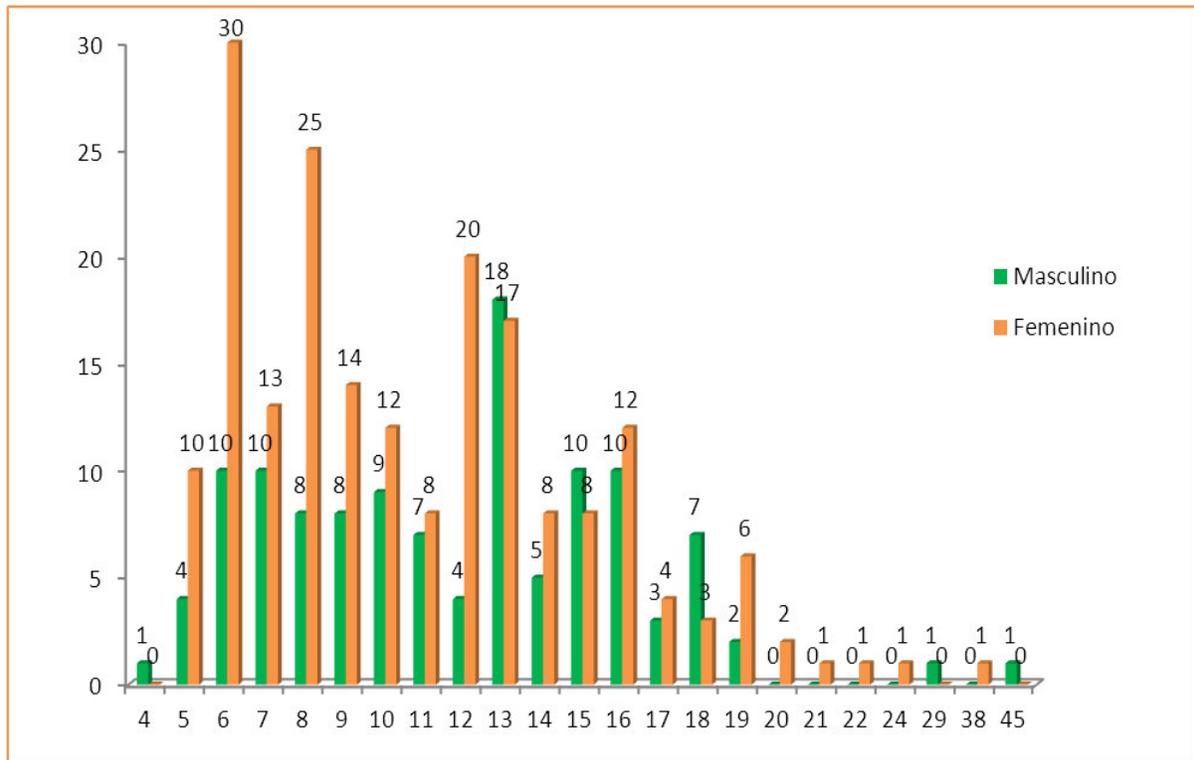
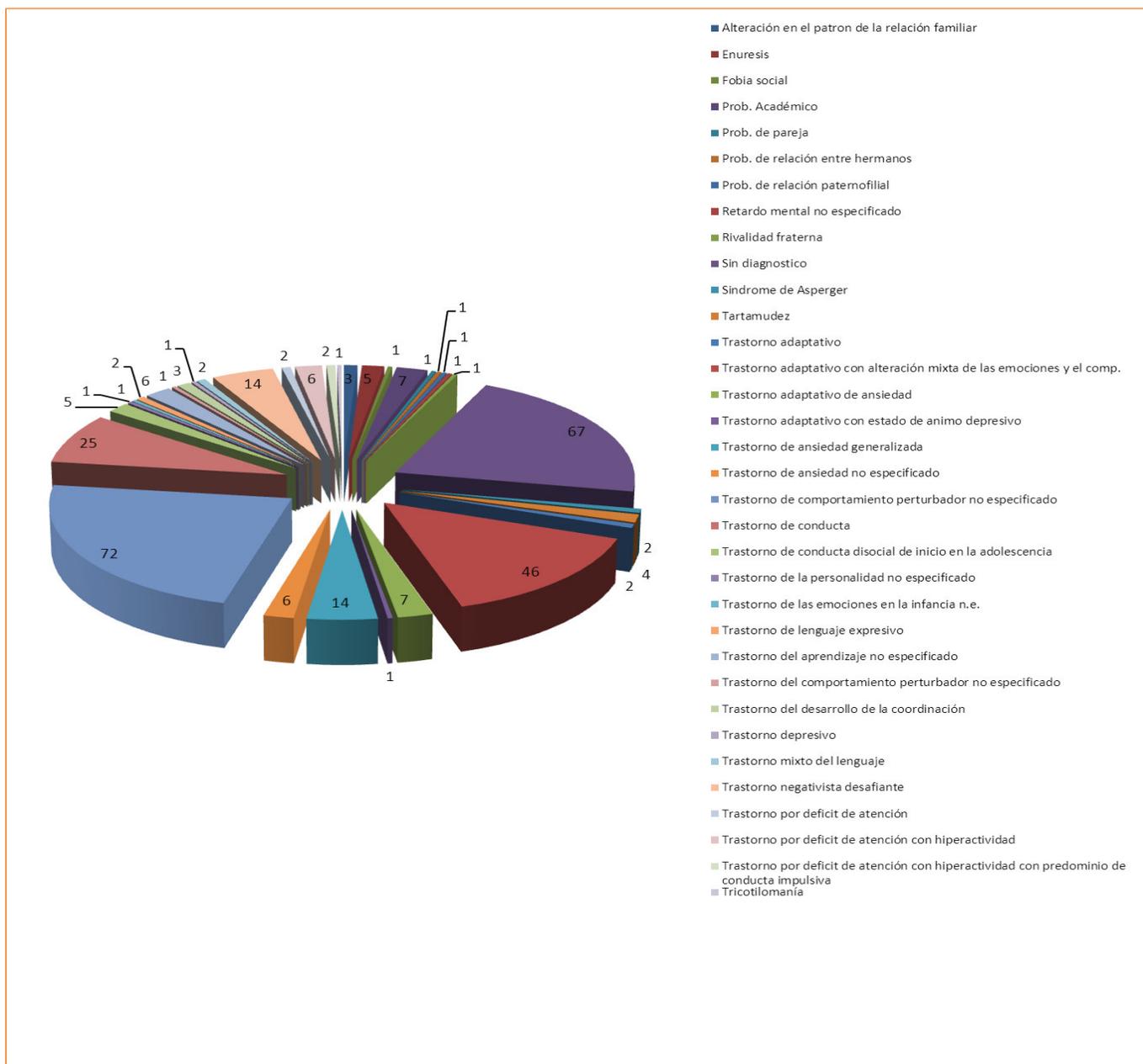


GRAFICO 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN DIAGNOSTICO



ANAMNESIS – CASO CLINICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : XXXXXXXX
Edad : 20 años
Fecha de Nacimiento : 22 de octubre de 1993
Lugar de Nacimiento : California, Estados Unidos
Estado Civil : Soltero
Grado de Instrucción : 6° ciclo de Ingeniería Industrial
Ocupación Actual : Estudiante
Evaluado Por : Graciela Noriega
Informantes : El paciente

II. ENFERMEDAD ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA)

El paciente se acerca a consulta debido a que no tiene enamorada, piensa que no es atractivo, y que ya no sale como antes con chicas. No le está yendo bien en la Universidad, no tiene ganas de estudiar y nunca las ha tenido, no sabe cómo organizarse, dedica muchas horas al internet y tiene dificultades para poder relacionarse con los demás, manifestándose en varias ocasiones mucha ansiedad; así como “un nivel de depresión moderada”.

Se evidencia sintomatología ansioso depresiva (con mayor evidencia del cuadro ansioso); sin embargo su estado anímico se muestra variable entre sesión y sesión.

III. HISTORIA PERSONAL

3.1 Desarrollo inicial

El paciente nació producto de un embarazo no planificado, sus padres no vivieron juntos. La madre viajó a Estados Unidos y él nació allá, se quedaron un mes y luego regresaron al Perú a casa de sus abuelos. Su padre se enteró de su nacimiento muchos años después pero hasta la fecha no lo conoce.

En cuanto a los datos evolutivos que refiere, señala que nació por parto normal a término, no recuerda peso ni talla. Su desarrollo se dio con normalidad, caminó y habló dentro de lo esperado. Fue un niño “hiperactivo” desde muy temprana edad, por esta razón durante sus dos primeros años de vida no probó azúcar porque se ponía muy activo según le contó su mamá.

Refirió que cuando su madre viajó a Estados Unidos para trabajar y lo dejó con sus abuelos, él tendría tres o cuatro años, ellos le contaban que él se pellizcaba los brazos, esa conducta cedió cuando la madre regresó para quedarse nuevamente a su lado.

3.2 Educación

El paciente refiere que asistió a un nido cercano a su casa y se adaptó con facilidad. Luego pasó al colegio “Jean Le Boulch” donde hizo primaria y secundaria. Su madre lo eligió por la facilidad de que salía del colegio con la tarea terminada y además tenía una metodología alternativa centrada en el movimiento. Participaba en las actuaciones y tenía amigos.

Menciona que en el colegio no estudiaba y tenía buenas notas, pensó que siempre iba a ser así. Pero se dio cuenta de que no resulta en la universidad.

Estando en el colegio quería estudiar medicina, se preparó en la “pre” Cayetano pero no ingresó, después dio examen de admisión y tampoco logró su objetivo. Luego decidió entrar a la universidad de Lima por el tercio superior. Todo el proceso de

postulación refiere que fue una inversión grande. No se organiza en los estudios, no estudia solo, no tiene motivación. Nunca ha estado seguro de qué estudiar y se ha dado cuenta que estudia mejor en grupo

3.3 Ocupación o trabajo

En la actualidad cursa el sexto ciclo de ingeniería industrial, lleva 7 cursos de los cuales han sido aprobados 5 con nota máxima de 13 y los otros dos cursos desaprobados con 09 y 10. Está un poco preocupado ya que en prácticas y controles no tiene buenas notas, y teme no aprobar cursos, ya que tiene como propósito viajar nuevamente en verano a Estados Unidos.

Hasta la fecha lleva 100 créditos desaprobados y 9 aprobados y su promedio ponderado es 12.4.

Viajó en las vacaciones de verano y tuvo dos trabajos en los cuales le fue bien, pudo ahorrar. Sus jefes le dijeron que podía volver a trabajar con ellos cuando quisiera, por esta razón desea aprobar todos sus cursos para poder viajar y trabajar nuevamente. Su viaje y trabajo a Estados Unidos fueron una buena experiencia para él, interactuaba con los demás, había propuestas nuevas, le gustaría vivir por allá. Ganaba bien, tenía tiempo para él y ayudaba a sus tíos en los quehaceres de la casa ya que ellos le brindaron hospedaje.

Mencionó que la experiencia lo ayudó a ser más responsable, pero cuando regreso a Lima ya no fue así.

3.4 Hábitos e intereses

Refirió no tener ninguno, no le gusta hacer nada. Le interesa tener dinero, vivir cómodamente. Sale mucho los fines de semana, cuando lo hace va a fiestas y suele tomar entre 6 o 7 vasos de ron con gaseosa, no toma solo. Dedicar en promedio 8 horas diarias al internet entre el chat, facebook, series y otros.

Ha consumido drogas como marihuana, coca y LSD, a fines del año pasado dejó de consumir. Fuma mucho, en las últimas semanas han sido 10 cigarrillos por día.

Sus responsabilidades en casa son tender la cama, limpiar las puertas (tres veces por semana) y darle comida al perro.

Menciona nunca haber sabido qué quería, hasta ahora piensa así. Se aburre siempre.

3.5 Cambios de residencia

Desde que vino al Perú al mes de nacido vive en casa de sus abuelos en Lima. En las vacaciones de verano de este año vivió en casa de sus tíos en Estados Unidos y se sintió como en su casa.

3.6 Enfermedades y accidentes

De pequeño, manifiesta haber sido un niño que sufrió de asma. No ha tenido accidentes ni operaciones. Menciona no haber recibido castigo físico ni psicológico.

3.7 Personalidad

Considera que de niño no sintió la ausencia de su padre porque tenía a su abuelo y a sus tíos, ellos participaban en las actividades escolares relacionadas con el padre, Se define como un chico amigable, de buen razonamiento pero no le gusta estudiar, sin embargo quiere tener dinero y vivir rodeado de comodidades. Considera tener habilidad para los negocios por esta razón decidió estudiar Ingeniería Industrial.

En cuanto a sus principales metas y objetivos, señala “no tener ninguna, no tiene interés por nada, posteriormente expresó su deseo de irse a Estados Unidos en vacaciones y trabajar, además tener sus comodidades y ganar plata. Menciona que quiere “que el día acabe rápido y empiece otro día de la misma forma, sin hacer nada en esos días, sin sentido, lleva así años deseando eso”.

3.8 Desarrollo psicosexual

Recibió la primera información con respecto al sexo a través de sus tíos. Tuvo su primera experiencia sexual a los 15 años con una compañera del colegio, hasta la actualidad serán unas 10 chicas menciona el. No son cosa de una noche, habla antes con ella unas veces y de ahí tiene relaciones sexuales. No entabla una relación seria ya que las chicas "le parecen huecas". Se siente feo, y las chicas que a él le gustan, no se fijan en él.

3.9 Sueños

Refiere que en la actualidad tiene dificultades para conciliar el sueño, se acuesta a la una o dos de la mañana por estar entretenido en el internet. No menciona otros trastornos del sueño o la presencia de pesadillas.

IV. HISTORIA FAMILIAR

El examinado proviene de una familia de condición económica promedio, de nacionalidad americana, raza blanca. Nació en la ciudad de California, Los Ángeles en los Estados Unidos de Norteamérica el 22 de octubre de 1993.

Vive con su mamá de 45 años, ella actualmente trabaja en una compañía de exportación como asistente de lunes a viernes de 9am a 5 pm, también vive con abuelos maternos, abuela de 69 años y abuelo de 77 años.

Es hijo único y considera que siempre lo han sobreprotegido y cuidado mucho e incluso que la familia le ha ocultado cosas que él debería saber como por ejemplo: que su mamá truncó su carrera cuando él nació, que su tío tiene un problema de alcoholismo, nunca le han dicho nada de su padre. Siente que no respeta a su madre, él no la ve como un ejemplo, por el contrario a sus tíos de Estados Unidos los

ve como referentes, ejemplos de éxito a seguir, menciona que tienen buenos trabajos, están acomodados y viajan cada vez que ellos quieren. La madre ha salido con señores de su edad, pero con el último se enteró que tenía otra familia, actualmente está sola.

Nunca conversa con su mamá, no recurre a ella cuando tiene un problema, solo habla con ella de la universidad y de dinero, sus problemas los conversa con amigos, o amiga del colegio.

Con respecto a su padre, actualmente tiene una reacción de indiferencia, ya que manifiesta que le da igual verlo o no. La madre pudo contactarse con el padre de Pierre, quien está en Lima, quien le pidió disculpas pero le explicó que la buscó al enterarse que tuvo un hijo y no la encontró. Ellos se mudaron de Pueblo Libre a San Borja pero él conocía esta casa y pudo haberlos ubicado a través de los vecinos. El padre le propuso una reunión entre los tres pero han pasado los meses y hasta la fecha no se ha podido concretar debido a inconvenientes de parte de él o de la madre. El paciente se enteró por su madre de la propuesta de su padre y dijo que lo pensaría pero hasta el momento no ha dicho nada. La madre dijo que con él examinado no puede ser impositiva porque se pone rebelde, tiene que mostrarse más conciliadora y las cosas funcionan mejor.

V. EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO

Descripción física

Paciente de 20 años, de raza blanca, de contextura mediana y estatura aproximada de 1.60 mts., aparenta mayor edad con respecto a su edad cronológica.

De rostro ovalado y de rasgos finos, tez blanca, ojos pequeños de color negro, con ligeras ojeras bajo los mismos, nariz perfilada, labios delgados, cabello negro y lacio.

En lo que respecta a su cuidado e higiene personal, se presenta aseado a cada una de las sesiones vistiendo de manera casual con prendas correspondientes a la estación.

Conciencia y niveles de alerta:

El paciente se muestra lúcido en el transcurso de todas las sesiones, lo que le permite atender el desarrollo de la entrevista y la aplicación de las pruebas psicológicas; se muestra orientado en tiempo, espacio y persona.

Actitud frente a la evaluación:

El paciente denota una actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptivo a las preguntas formuladas y con disposición para brindar amplia y detallada información respecto a diversos aspectos de su historia personal; así mismo, es plenamente consciente de la dificultad que presenta en la actualidad y de las consecuencias que de ello devienen.

Se considera pertinente destacar que se le nota ansioso agarra el borrador o el encendedor a cada rato y le da vueltas en la tarea de dibujar.

Motricidad, praxias y lateralidad

El paciente evidencia una capacidad motora promedio y correspondiente a las actividades que realiza. Su andar es ligero y sus movimientos por lo general corresponden a un nivel de actividad promedio; sin embargo, en algunas ocasiones se muestra ligeramente intranquilo a la espera de la consulta, evidenciándolo con movimiento de piernas o cogiendo algún objeto y jugando con él.

Presenta lateralidad diestra. No se evidencian dificultades en cuanto a praxias simples, complejas o de lateralidad, desde la observación directa

Atención y concentración:

El paciente presenta reacciones acordes con la realidad que lo rodea, evidenciando un adecuado sentido de atención y concentración para con la entrevista; sin embargo, refiere que en ocasiones le resulta difícil poder concentrarse en una actividad determinada, estos episodios de distraibilidad son intermitentes y—según refiere—especialmente se evidencian cuando estudia.

Procesos perceptuales:

A la observación, el paciente evidencia un estado normal de sus procesos perceptivos en las diferentes modalidades: sensibilidad somática, olfativa, gustativa, visual, auditiva y táctil.

Pensamiento:

A lo largo del desarrollo de las sesiones, se observa que el paciente presenta un curso del pensamiento normal, que responde a las demandas estímulares que se le presentan; así también demuestra un nivel abstracto que le permite sacar conclusiones con respecto a lo desarrollado en las sesiones.

Por otro lado, en lo que corresponde al contenido del pensamiento, en algunas situaciones éste se caracteriza por presentar ideas que desvalorizan su vida, pesimistas, y que hacen referencia a los episodios “depresivos” que experimenta; sin embargo, en otras sesiones muestra una tendencia a sobrevalorar sus posibilidades para hacer frente a los problemas, señalando que tiene el control de las situaciones y que es capaz de hacerse cargo de todas las dificultades.

Lenguaje:

Durante las entrevistas, el paciente mantiene un lenguaje claro y fluido. A lo largo de su discurso no se perciben muchos cambios en la inflexión de voz. Cabe resaltar que su narración es poco expresiva, sin embargo en algunas ocasiones detalla con facilidad ciertas situaciones. Evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje.

Su lenguaje no verbal no evidenció variaciones aun cuando la situación lo ameritaba.

Funciones Cognoscitivas:

A la observación, el paciente impresiona con una capacidad intelectual promedio. Se evidencia normalidad en el desarrollo del razonamiento lógico abstracto que le permite llegar a algunas deducciones y autorreflexiones con respecto a algunos eventos de su historia personal.

Por otro lado, evidencia un estado de memoria promedio y acorde a las demandas del medio tras la observación.

Afectividad y estado de ánimo predominante:

El paciente evidencia manifestaciones de ansiedad e intranquilidad en la mayoría de las sesiones, muestra una conducta inquieta cuando habla de temas que le generan preocupación. En otras ocasiones manifiesta un estado de ánimo disminuido, de tensión; sin embargo, las primeras manifestaciones son las que se muestran con mayor frecuencia.

Se observa cierta variabilidad en su estado de ánimo entre sesión y sesión lo cual se hace evidente a través de su comunicación verbal.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: XXX

Fecha de Nacimiento: 22-10-93

Carrera: Ingeniería Industrial

Edad: 21 años

Fecha(s) de Evaluación: 2, 7, 26,29 de Mayo y 4 de Junio

Psicóloga: Graciela Noriega

II. OBSERVACIONES GENERALES

El examinado es un joven de estatura mediana y contextura gruesa. Vistió de manera adecuada para la estación, asimismo se notaba correctamente aseado. No presenta dificultades físicas que mermen su percepción o movilidad.

Al principio se mostró desconfiado y poco expresivo, conforme fueron pasando las sesiones demostró interés y colaboración en el proceso de evaluación, en algunas ocasiones no mantuvo una adecuada atención y concentración a lo largo del proceso. Su asistencia fue constante, presentándose de forma puntual a cada una de las citas programadas.

En varias de las sesiones se le puede notar ansioso ya que mueve mucho la pierna, mira el reloj varias veces, juega con el borrador y encendedor dándole varias vueltas, se le puede notar intranquilo e incluso muchas veces llega con olor a cigarro, con lo cual menciona que ha estado fumando demasiado en estos últimos días.

En la sesión donde se aplicó el Sacks, se movilizó por algunas preguntas e incluso llegó a llorar, logrando desahogarse, luego de lo cual manifestó sentirse más tranquilo.

III. MOTIVO DE CONSULTA

El evaluado manifestó que no va bien académicamente y que presenta algunas dificultades familiares, se encuentra poco motivado y sin ganas de hacer las cosas. Se le señaló la existencia de interferencias de orden emocional que le generan inestabilidad y repercuten negativamente en su desempeño, con lo cual es derivado a una evaluación de personalidad para conocer sus características de personalidad y aspectos que puedan estar afectando su estado de ánimo y falta de motivación, así como los recursos con los que cuenta para superar esta problemática.

IV. EXAMEN CLINICO PSICOLOGICO

Paciente varón, aparenta mayor edad de la que tiene, aseado, arreglado y vestido acorde a su edad, sexo y contexto. Durante la entrevista se mostró consciente, orientado en las tres esferas. Su memoria de evocación y fijación conservadas, con inteligencia aparente en nivel promedio con buena capacidad de abstracción, atención y concentración, aunque en algunos momentos se distrae por su problemática emocional. Su lenguaje fue claro de curso normal y coherente, al igual que su pensamiento. En el afecto denota reacciones de inquietud, pesimismo y ansiedad.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Entrevista y observación.
- Test de la Persona Bajo la Lluvia.

- Test de Frases Incompletas de Sacks.
- Test del HTP: Casa, Árbol y Persona.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI - II).
- Inventario de Depresión de Beck (BAI).

VI. ANTECEDENTES

No conoció a su papá, ya que los abandonó y tampoco tiene interés en saber de él. Siente que su familia le ha estado ocultando cosas importantes, que él piensa que se las han podido decir antes y no vivir engañado. No tiene una buena relación con la madre, solo conversan asuntos de universidad y dinero.

Nunca ha sabido que hacer, que estudiar, algo que en verdad le guste no lo tiene claro. Ha consumido drogas como marihuana, coca y LSD. Siente culpa porque piensa que truncó la carrera de su mamá con su llegada, y por los gastos que originó cuando quería estudiar medicina.

Presenta algunos temores que no lo dejan avanzar, los cuales le impiden poder tomar decisiones correctas; ya que siempre piensa que están erradas.

Solía salir mucho los fines de semana a reuniones, o a la casa de amigos, hace un tiempo ya no tiene ganas de salir y se queda en casa viendo películas o en internet; pero igual se aburre.

Hay una chica que a él le gusta pero ella tiene enamorado y le perturba, ya que ella acepta sus invitaciones. Él menciona ser dependiente de esta chica que le hace daño y tiene enamorado.

Cuando sale a fiestas suele tomar entre 6 o 7 vasos de ron con gaseosa, no toma solo.

Prefiere que alguien lo dirija en las cosas que tiene que hacer, ya que muchas veces él no sabe qué hacer, tiene poca motivación, le da flojera estudiar.

Menciona que quiere que el día acabe rápido y empiece otro día rápido, sin hacer nada en esos días, sin sentido, lleva así años deseando eso, muestra como la mano le tiembla durante la sesión.

VII. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el **Área de Personalidad**, se observa que el evaluado presenta un elevado nivel de ansiedad, inseguridad y falta de confianza en sí mismo, irresponsabilidad e impulsividad lo que ocasiona en él elevados niveles de tensión. Todo ello también se encuentra relacionado a una actitud de desconfianza y suspicacia en relación a su entorno que lo lleva a encontrarse constantemente alerta frente a situaciones o personas ante las cuales podría sentirse vulnerable o desaprobado.

Existen vivencias del pasado que aún le afectan, generando malestar y sufrimiento interno, debido a experiencias afectivas dolorosas que provocan en él un sentimiento constante de soledad, de culpabilidad, necesidad de recibir afecto. Puede así permitir y quizás fomentar que los demás lo exploten o se aprovechen de él.

Asimismo si bien se esfuerza por mantener bajo control sus impulsos, su poca tolerancia a la frustración lo lleva a presentar reacciones impulsivas y hasta agresivas. Por otro lado, sus temores en ocasiones lo obligan a retraerse y cerrarse en sí mismo, no encontrando un canal de escape su ansiedad. Esto se manifiesta a través de un estado generalizado de tensión e incapacidad para relajarse, además de un ánimo deprimido que fluctúa entre el desgano y la irritabilidad.

A todo ello, podemos mencionar que como reacción a la sensación de agobio producto de estresantes externos e internos, manifiesta malestar emocional y poca autosatisfacción; lo que podría llevarle a experimentar preocupación, sentimientos de culpa, pensamientos depresivos, desaliento o desesperación y falta de iniciativa personal. También se suelen dar sensaciones de agotamiento físico y emocional, dificultades para dormir, baja autoconfianza y pensamientos

negativos y perturbación del estado de ánimo, junto con una tendencia a enfadarse o a romper a llorar a la más mínima provocación.

El evaluado posee pobres recursos para enfrentar y resolver situaciones estresantes, sintiéndose vulnerable y desprotegido, necesitando de apoyo y respaldo para tener un soporte por parte de otros.

En el **área social**, se observa un fuerte deseo por vincularse con otras personas, y recibir afecto. Sin embargo, presenta dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales, su acercamiento hacia los demás se realiza de forma autosacrificada y poco asertiva, tendiendo a aislarse en situaciones que le exigen exponerse y que resultan amenazantes. Así como desarrollar vínculos significativos. Existe una gran necesidad de aprobación en él, así como susceptibilidad a la crítica. Eso provoca que se encuentre permanentemente alerta a los estímulos que provienen de su entorno así como la manera en que es percibido por los demás. Existen cargas de agresividad reprimida que pueden expresarse por medio de arranques ocasionales de ira.

Tiende a relacionarse con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada; el permite, e incluso quizás fomenta, que los demás lo exploten o se aprovechen de él.

En el **área familiar**, en el caso de la figura materna, la percibe con rechazo y resentimiento, que le supone cierta hostilidad, lo cual influiría negativamente en su interacción con otras figuras femeninas. Con respecto a su padre, lo desvaloriza y no quiere saber nada de él ya que nunca se ha hecho cargo de él (examinado). Si bien el evaluado no revela una conexión estrecha con algún miembro de su familia en particular, se identifica profundamente con los tíos del extranjero ya que los considera exitosos y que tienen sus comodidades en base a su trabajo y dedicación.

Además, no considera a su familia un soporte proveedor de calidez, logrando muchas veces que él se encierre y no sepa lo que ocurre en su entorno familiar.

VIII. CONCLUSIONES

- Angustia, inseguridad y falta de confianza en sí mismo.
- Necesidad de aprobación.
- Susceptibilidad a la crítica.
- Bajo nivel de tolerancia a la frustración.
- Experiencias difíciles del pasado que aún le afectan.
- Sentimientos de culpabilidad y falta de iniciativa personal.
- Dificultades para afrontar situaciones estresantes.
- Tendencia a desarrollar lazos de dependencia emocional.
- Actitudes de desconfianza y suspicacia.
- Inestabilidad que varía constantemente.
- Rasgos depresivos y sentimientos de inferioridad.
- Perturbación del estado de ánimo.
- Impulsividad y Agresividad.
- Dificultades para establecer relaciones interpersonales.

IX. DIAGNOSTICO

Trastorno mixto ansioso depresivo.

Problemas paterno filiales.

X. RECOMENDACIONES

- Iniciar un proceso de psicoterapia individual.

- Iniciar un proceso de psicoterapia familiar.
- Recibir apoyo médico psiquiátrico.

Ps. Graciela Noriega

C.Ps.P. 2216

PLAN TERAPEUTICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombre	: XXX
Edad	: 20 años
Fecha de Nacimiento	: 22 de octubre de 1993
Lugar de Nacimiento	: California, Estados Unidos
Estado Civil	: Soltero
Grado de Instrucción	: 6° ciclo de Ingeniería Industrial
Ocupación Actual	: Estudiante

II. OBSERVACION GENERAL

El paciente es un joven de estatura mediana y contextura gruesa. Vistió de manera adecuada para la estación, asimismo se notaba correctamente aseado. No presenta dificultades físicas que mermen su percepción o movilidad.

Al principio se mostró desconfiado y poco expresivo, conforme fueron pasando las sesiones demostró interés y colaboración en el proceso de evaluación, en algunas ocasiones no mantuvo una adecuada atención y concentración a lo largo del proceso. Su asistencia fue constante, presentándose de forma puntual a cada una de las citas programadas.

En varias de las sesiones se le puede notar ansioso ya que mueve mucho la pierna, mira el reloj varias veces, juega con el borrador y encendedor

dándole varias vueltas, se le puede notar intranquilo e incluso muchas veces llega con olor a cigarro, con lo cual menciona que ha estado fumando demasiado en estos últimos días.

III. PROBLEMA ACTUAL

No le va bien académicamente, presenta algunas dificultades familiares, se encuentra poco motivado y sin ganas de hacer las cosas. Hace un tiempo ya no tiene ganas de salir y se queda en casa viendo películas o en internet; pero igual se aburre.

Quiere que el día acabe y empiece otro día rápido, sin hacer nada en esos días, “sin sentido”, lleva así años deseando eso

IV. PRESUNCION DIAGNOSTICA

Trastorno depresivo.

V. ÁREAS A INTERVENIR

En función a los resultados de la evaluación se empleará el modelo cognitivo conductual por ser uno de los enfoques terapéuticos aplicables a los trastornos como la depresión, a partir de la atención en el cambio de cogniciones y comportamientos; partiendo de la identificación de qué y cómo piensa la persona, así como de sus respuestas reflejadas en las conductas y emociones, que de cierta manera están distorsionadas y propician la activación de este trastorno.

VI. OBJETIVOS

1. Disminuir las manifestaciones de depresión en un estudiante universitario, a partir de la intervención con este modelo.
2. Reconocer la relación de causalidad entre sus pensamientos y sus sentimientos y conductas.

3. Detectar y discutir aquellas creencias irracionales relacionadas a sus sentimientos de minusvalía actual.
4. Desarrollar un plan de afrontamiento con respecto a su proyecto de vida y a sus relaciones familiares.
5. Detectar y discutir aquellas creencias irracionales relacionadas a su apariencia física y al hecho de no poder tener relaciones de pareja satisfactorias.
6. Reestructurar eventos traumáticos del pasado así como detectar y discutir aquellas creencias irracionales relacionadas.
7. Desarrollar estrategias que le permitan identificar y discutir creencias irracionales y distorsiones cognitivas de manera individual.
8. Exponer al paciente a las situaciones reales por cuenta propia.

VII. ESTRATEGIAS:

1. Activación Conductual: Planificación gradual de actividades, de tareas y evaluación de las mismas, en función de “dificultad-placer” y, la planificación de actividades gratificantes. En este sentido, fomentar las actividades sociales y el ejercicio físico son actividades del todo recomendables como fuente de activación de la conducta, al tiempo que son elementos distractores, que permiten a la persona desviar su foco de atención problemático, al menos por un tiempo determinado.
2. Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas: Se tratará de desarrollar pautas de acción planificadas y secuenciadas para la resolución eficaz del problema (definición del problema, objetivos que se persiguen para atajarlo, soluciones alternativas, etc.)
3. Entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables: Potenciar la identificación de características placenteras de cada momento y aumentar el tiempo de exposición a las mismas.

4. Autocuidados: Enriquecer el medio en el que nos desenvolvemos, mantener hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio físico, etc), entrenamiento en auto-refuerzo e higiene del sueño, etc.
5. Exposición gradual a los estímulos y situaciones dónde el sujeto realiza predicciones catastrofistas, negativas o de fracaso. En este sentido, las técnicas de respiración y de relajación muscular suponen un importante soporte a la hora de enfrentarse a dichas situaciones.
6. Entrenamiento en habilidades sociales. Importancia de la comunicación no verbal, manejo de las críticas, recibir y aceptar halagos; en definitiva, favorecer una conducta asertiva, que favorezcan el contexto de negatividad en el que se ve inmerso el paciente.
7. Control de la ira. Identificar los estímulos internos/externos discriminativos, diferenciar los estados emocionales y llegar a la regulación de los mismos, la significación subyacente a éstos y su modo de afrontamiento más óptimo para el paciente.
8. Registro de pensamientos. Autorregistros que determinen el tipo de pensamientos y su relación con la situación estímulo, las emociones asociadas a los mismos y las estrategias de afrontamiento.
9. Reestructuración cognitiva. Discurso socrático. Se trataría de suscitar preguntas que activen determinados pensamientos: « qué pasaría si... ? », ¿qué supondría que... ?, con el objetivo de identificar incongruencias y darles respuestas alternativas.

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Burns, David. (2012). *Adiós Ansiedad*. Barcelona. Paidós.
2. Clark, David A. & Beck, Aaron T. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao. Madrid. Editorial Desclée de Brouwer.
3. Ellis, Albert. (2014). *Usted puede ser Feliz*. Barcelona. Paidós.
4. Ellis, Albert & Wilde, Jerry (2002). *Case Studies in Rational Emotive Behavior Therapy with Children and Adolescents*. Estados Unidos. Merrill Prentice Hall.
5. Friedberg Robert D y McClure, Jessica M (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Barcelona. Paidós.
6. Greenberger, Dennis., Padesky, Christine. (2012). *El Control de tu Estado de Ánimo*. Barcelona. Paidós.
7. Molina, Ciara. (2013). *Emociones expresadas, emociones superadas*. Barcelona. Oniro. Espasa Libros.
8. Reinecke, Mark A., Dattilio, Frank M.& Freeman, Arthur (1996). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. Nueva York. Estados Unidos. The Guilford Press.
9. Stallard, Paul. (2002). *Think Good – Feel Good*. Estados Unidos. Editorial John Wiley & Sons.
10. Young, Jeffrey E. y Klosko, Janet S. (2012)- *Reinventar tu Vida*. Barcelona. Paidós.

ANEXOS

PLAN DE TRATAMIENTO

ÁREA	OBJETIVOS/METAS	ESTRATEGIAS /TECNICAS	PROCESO
	Conocer el Trastorno Mixto	Lectura psicoeducativa	Presentación de los componentes, de la finalidad de la terapia, de los objetivos con el paciente, de las áreas de intervención y de las normas a seguir. Revisión y desarrollo de marcos conceptuales referidos a: Ansiedad como respuesta normal y como trastorno. Revisión de síntomas experimentados en las últimas semanas. Depresión como estado y trastorno afectivo. Revisión de síntomas experimentados en las últimas semanas.
COGNITIVA	Identificar los pensamientos automáticos relacionados con las ideas de desvalorización, con el fin de modificarlos paulatinamente.	Autorregistro	Completar el cuadro “Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta”: Cada vez que se suscite una emoción negativa, el paciente registrará la situación que la provocó en la segunda columna del cuadro. En la siguiente columna se registrará el pensamiento que pasa en esos momentos por su cabeza valorándolo en un grado de creencia de 0 a 100; más adelante anotará la reacción física y la emoción que acompañan al pensamiento (valorando la intensidad de 0 a 100), el comportamiento que ejecutó en ese momento y la duración del mismo; finalmente se anotarán las consecuencias de su comportamiento.
	Identificar las creencias irracionales respecto a su evaluación negativa de la realidad	Autorregistro	Aplicar “Registro de Opiniones” de Ellis, y reconocer de manera conjunta, el nivel de irracionalidad de algunas creencias manejadas por el paciente.
	Reconocimiento de ideas centrales que generan ideas de desvalorización, minusvalía	Flecha descendente	El paciente anotará los pensamientos automáticos negativos incluyendo el grado de creencia (de 0 a 100) y la intensidad de la emoción asociada en la misma escala (0 a 100). Más adelante se resuelven las preguntas “¿Qué significa para mí? y ¿Por qué es importante para mí?”, se responden todas las preguntas hasta llegar a la idea central, así mismo se reconocen las creencias intermedias (suposiciones valoraciones y reglas). En el recuadro “Idea central o nuclear”, se anota la misma y finalmente se guiará al paciente para dar respuesta al apartado de “Datos históricos” para evaluar los posibles orígenes de la idea central dentro de la historia de su vida.
	Modificar los pensamiento automáticos y distorsiones cognitivas relacionadas con su valoración negativa de sí mismo, de los demás y de la realidad.	Reestructuración Cognitiva	En primer lugar, definir con claridad el pensamiento no razonable que se desea modificar atribuyéndole un nivel de creencia del 0 al 100. Se identifican las distorsiones o ideas irracionales a través del contraste lógico, y se diferencian de las creencias nucleares. Se procede a realizar el contraste empírico, para ello se plantea la validez del pensamiento buscando hechos de la experiencia que ratifiquen o no los pensamientos. Más adelante se cuestiona respecto a la utilidad del pensamiento, las ventajas o consecuencias positivas que ofrece, y los inconvenientes o

		<p>consecuencias negativas que ocasiona. Se diferencia entre ventajas inmediatas y a largo plazo, ello recibe el nombre del contraste adaptativo. Finalmente—y tras la revisión de los hechos a favor/contra, ventajas/inconvenientes se proponen pensamientos alternativos más adaptativos asimismo se propone en qué medida se lo cree el paciente, nivel que irá aumentando progresivamente. Al terminar el debate se observa si ha disminuido el grado de creencia del pensamiento negativo inicial, así mismo se revisa el efecto que produce el nuevo pensamiento en las emociones y conducta del individuo.</p>
Relacionar su situación actual con los sucesos de su historia personal pasada	Mapa cognitivo	<p>Se rellenan los cuadros verdes referidos a las situaciones problemáticas que hasta el momento el paciente ha identificado; así mismo los pensamientos automáticos, emociones y conductas relacionadas con la situación, se identifican creencias intermedias, ideas centrales, se analizan los refuerzos y castigos a corto y largo plazo devenidos de las situaciones. Así mismo se completa el cuadro morado en el que se anota la Historia de aprendizaje, se descubre cómo se dio lugar la infancia, a adolescencia, las situaciones relevantes, el tipo de educación recibida, la relación con la familia, se incluyen los incidentes críticos o elementos desencadenantes del problema) Finalmente se coloca la hipótesis explicativa del problema, el objetivo final consiste en comprender la razón por la que se mantiene el problema para así poder buscar una solución.</p>
Promover la disminución de la tendencia a recordar los sucesos de maltrato físico y psicológico.	Detención del pensamiento	<p>Reconocer una situación antecedente y la emoción negativa que la acompaña, seguidamente de debe identificar el autodiálogo interno negativo, y finalmente se usa aquella señal emocional para interrumpir el autodiálogo usando la palabra “BASTA”, esto se puede acompañar concentrando y enfocando la atención en otra actividad o en un pensamiento alternativo adecuado (pueden ser las autoinstrucciones). Se practicará esta técnica imaginando diversas situaciones problemáticas y progresivamente se procurará que el paciente aplique la técnica en situaciones reales que se evaluarán y comentarán en las siguientes sesiones.</p>
Promover la elaboración de nuevas alternativas para la solución de problemas inmediatos	Solución de Problemas	<p>El primer paso es definir y conceptualizar los problemas de forma bastante práctica para el paciente, para ello se evalúa quiénes están implicados en la situación problemática, qué es lo que sucede exactamente, dónde, cuándo, cómo y por qué. Así mismo, se evalúa si es que el paciente anteriormente ha propuesto algunas soluciones o ha buscado ayuda. En un segundo paso, se proponen posibles soluciones a través de la lluvia de ideas, seguidamente se busca valorar las consecuencias y la efectividad de las posibles soluciones, diferenciando entre las más viables y las menos realistas. Finalmente se pasa a la acción y se evalúan los resultados a través de las siguientes preguntas: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas? ¿Se está satisfecho con los resultados obtenidos?</p>
Promover la formulación de metas a mediano plazo y de acuerdo a los recursos con que cuenta actualmente	Planteamiento de metas a corto plazo Autorregistros	<p>Técnica que busca que el paciente establezca metas y submetas realizables, evaluando la consecución de las mismas progresivamente. Para la evaluación de la consecución de las mismas se utilizarán autorregistros. Las metas en primera instancia estarán referidas a los problemas académicos que se encuentra enfrentando en la actualidad y lo que le genera mucha preocupación.</p>

ÁREA	OBJETIVOS/METAS	ESTRATEGIAS/TECNICAS	PROCESO
AFECTIVA	Reconocer el estado de ánimo ansioso o depresivo en su rutina diaria	Autorregistro	Llenado del “Termómetro del ánimo”. Seguidamente se establecerá una reflexión al respecto: ¿Cómo se sintió llenando el registro?, ¿tuvo alguna sorpresa?, ¿por qué considera importante el haber desarrollado este registro?
	Identificar las distorsiones cognitivas relacionadas con el estado de ánimo ansioso o depresivo	Autorregistro	Completar la ficha de “Distorsiones Cognitivas” (basada en la versión de D. Burns, 1980), identificar la frecuencia y la predominancia de las distorsiones cognitivas relacionadas con su estado de ánimo ansioso o depresivo.
	Disminuir el estado de ánimo depresivo en su rutina diaria	“Tiempo para preocuparse” Autorreforzamiento	Se programará un tiempo determinado en el día (según la preferencia de la paciente) para que se concentre en los pensamientos o vivencias relacionadas con las preocupaciones y estado de ánimo depresivo. Este tiempo debe tener una duración máxima de 30 min y se debe respetar en toda su extensión. Se espera que este tiempo vaya disminuyendo progresivamente. Se complementará con la técnica del <i>Autorreforzamiento</i> cada vez que el paciente respete el “Tiempo para preocuparse” de forma íntegra.
	Modificar los pensamientos relacionados con el estado de ánimo depresivo	Método A-B-C-D	Cuando se susciten sentimientos depresivos, el paciente se preguntará a sí mismo lo que está pensando e intentará modificar el pensamiento, “hablándole” a aquello que la está hiriendo. Para ello, se le instruirá respecto al llenado de una ficha A-B-C-D que desarrollará en los primeros ejemplos y paulatinamente se espera que pueda realizarlo mentalmente. De esta manera reconocerá: A: el evento activante, B: la creencia o pensamiento en ese momento, C: el sentimiento que es consecuencia de ese pensamiento y finalmente D: la forma en que “le hablará” a ese pensamiento refutándolo.
	Promover la expresión de emociones	Autorreforzamiento	El paciente, a partir de las emociones identificadas en el cuadro Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta”, deberá compartir mínimamente con dos personas (ya sean familiares o amigos) las emociones positivas que ha experimentado durante el día, y con el terapeuta, en la siguiente sesión deberá compartir las emociones positivas y negativas experimentadas durante la semana, con ayuda del “Termómetro del ánimo”.
	Reconocimiento de las situaciones que generan ansiedad	Autorregistro Detención del pensamiento	Completar el cuadro “Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta”: Cada vez que se suscite una emoción negativa (ansiedad), el paciente procederá a registrar la situación que la provocó en la segunda columna del cuadro. En la siguiente columna se registrará el pensamiento que pasa en esos momentos por su cabeza valorándolo en un grado de creencia de 0 a 100; más adelante anotará la

			reacción física y la emoción que acompañan al pensamiento (valorando la intensidad de 0 a 100), el comportamiento que ejecutó en ese momento y la duración del mismo; finalmente se anotarán las consecuencias de su comportamiento. Seguidamente se practicará la detención del pensamiento ante las situaciones reales que generen ansiedad.
	Interrumpir las sensaciones físicas y psicológicas desagradables que se generan en el paciente ante ciertas situaciones que le generan ansiedad.	Técnicas de relajación progresiva de Jacobson Ensayo Mental Ensayo conductual	Iniciar con la técnica de relajación progresiva, basada en la respiración profunda y en la tensión y relajamiento progresivo de las zonas del cuerpo. En un inicio, la respiración se asocia con la repetición de una palabra que resulte tranquilizadora para la persona, hasta que se genera la relajación en forma paulatina. Seguidamente, se procede a tensar durante algunos minutos las distintas zonas del cuerpo, en primer lugar los músculos de las piernas, los muslos, las nalgas, la pelvis, el abdomen, el cuello, la mandíbula, la frente, los hombros, la cara, esta tensión-relajación se acompañará en todo momento con la respiración profunda. Seguidamente, a través del <i>Ensayo Mental</i> , el paciente se imaginará en la situación que la atemoriza o genera sentimientos desagradables y procederá a aplicar la técnica de relajación progresiva, posteriormente se llevarán a cabo <i>ensayos conductuales</i> cuando tenga la oportunidad de enfrentarse a situaciones que le generen ansiedad.
	Valoración de Causas y Reforzadores de estados de ánimo ansiosos/depresivos	Información psicoeducativa	Brindar información y discutir el manejo de algunas técnicas como la organización del tiempo para combatir el estrés, cómo favorecer el sueño apropiado, realizar ejercicios, actividades lúdicas y consejos dietéticos básicos. Se enfatizará en la búsqueda de actividades que disfrute y pueda realizar.

ÁREA	OBJETIVOS/METAS	ESTRATEGIAS /TECNICAS	PROCESO
SOCIO-FAMILIAR	Modificar la evaluación e impacto de las situaciones de abandono físico y psicológico	Activación de recuerdos sobre el origen	Se le pide al paciente que verbalice algunos recuerdos de la infancia para identificar la fuente subjetiva del malestar y posteriormente escribir una carta a esa fuente, también se pueden utilizar las “cartas de los derechos” y las “cartas de los defensores”.
	Modificar la relación distante que ha establecido con su madre	Reestructuración Cognitiva	En primer lugar, definir con claridad el pensamiento no razonable relacionado con las ideas de dependencia desarrollada para con su madre, pensamiento que se desea modificar, atribuyéndole un nivel de creencia del 0 al 100. Se identifican las distorsiones o ideas irracionales a través del contraste lógico, y se diferencian de las creencias nucleares. Se procede a realizar el contraste empírico, para ello se plantea la validez del pensamiento buscando hechos de la experiencia que ratifiquen o no los pensamientos. Más adelante se cuestiona respecto a la utilidad del pensamiento, las ventajas o consecuencias positivas que ofrece, y los inconvenientes o consecuencias negativas que ocasiona. Se diferencia entre ventajas inmediatas y a largo plazo, ello recibe el nombre del

		<p>contraste adaptativo. Finalmente—y tras la revisión de los hechos a favor/contra, ventajas/inconvenientes se proponen pensamientos alternativos más adaptativos asimismo se propone en qué medida se lo cree el paciente, nivel que irá aumentando progresivamente. Al terminar el debate se observa si ha disminuido el grado de creencia del pensamiento negativo inicial, así mismo se revisa el efecto que produce el nuevo pensamiento en las emociones y conducta del individuo.</p>
Reconocimiento de las trampas vitales	Autorregistro	<p>En una primera instancia, se le muestra al paciente el resultado del test de trampas vitales. A continuación a través de la guía del terapeuta, se procura que comprenda la existencia de su trampa vital, se revisarán las experiencias pasadas y se clarificarán los patrones que se han repetido, seguidamente a través del <i>Autorregistro</i>, se procura evaluar los pros y contras del cambio y la superación de su trampa vital.</p>
Desarrollar conductas adecuadas de interacción con las personas que le rodean	Autorregistro Autorreforzamiento	<p>El paciente deberá procurar enfrentarse a situaciones sociales que antes le generaban mayor ansiedad, de esta manera procurará salir con mayor frecuencia con familiares, amigos, etc; aumentando la frecuencia de semana en semana. Realizará un registro a partir de ello y junto con la terapeuta se planteará un intervalo en el cual se auto reforzará la interrelación adecuada con los demás.</p>
Realizar un seguimiento del tratamiento, enfatizar en la adherencia al mismo	Información psicoeducativa	<p>Repaso de conceptos básicos aprendido a lo largo de las sesiones y su utilidad. Se replantea la importancia vital de la terapia para seguir manejando los episodios de crisis que puedan aún manifestarse. Invitar al paciente a que se proponga metas y objetivos de práctica en esta nueva etapa.</p>