

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIDAD DE POSGRADO

**INFORME DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES EN EL
ÁMBITO CLÍNICO Y DE LA SALUD, HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS-
SEGURO SOCIAL DEL PERU ESSALUD:
“TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN PACIENTE
HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA AORTICA
SEVERA”.**

TESIS

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicología de la Clínica y
de la Salud

AUTOR:

Beltran Isidro Quiñones Jauregui

ASESOR:

Natalia Ramírez Sáenz

Lima – Perú

2014

Dedico este trabajo a mis Padres, Familia de Origen.
También a las Doctoras. Gloria Díaz, Natalia Ramírez;
Colegas, Familiares, Amistades y
a mis queridos Pacientes.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
PRIMERA PARTE:	
I. Desarrollo de Actividades (Dx Situacional)	
1.1 Nombre del Hospital.....	8
1.2 Ubicación y Dirección del Hospital.....	8
1.3 Características de infraestructura.....	8
1.4 Historia del Hospital.....	9
1.5 Historia del Servicio de Psicología.....	11
II. GESTIÓN INSTITUCIONAL	
2.1 Misión.....	14
2.2 Visión.....	14
2.3 Principios de la Seguridad Social.....	14
III. GESTIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA	
3.1. Misión.....	15
3.2. Visión.....	15
3.3. Infraestructura Servicio de Psicología.....	16
3.4. Horarios de Trabajo.....	16
3.5. Recursos Humanos.....	16
3.6. Organización Funcional.....	17
3.7. Estructura Funcional.....	18
3.8. Estadística General 2012.....	19
3.9. Estadística General 2013.....	20

IV. DESCRIPCIÓN DE ÁREA DE TRABAJO

4.1 Nombre.....	21
4.2 Ubicación.....	21
4.3. Descripción.....	21
4.4. Objetivo general.....	22
4.5. Objetivo Especifico.....	22
4.6. Estadística Individual 2012 - 2013.....	22

V. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACION EN UCI

5.1. Actividades de Psicología en 2C UCI.....	25
---	----

VI. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

6.1 Objetivos.....	33
6.2 Consultorio Externo.....	34
6.3 Observación.....	34
6.4 Evaluación y Diagnostico Psicológico.....	34
6.5 Terapia Psicológica.....	35
6.6 Consejería y Orientación Psicológica.....	35
6.7 Información, Consejo y Orientación Familiar.....	35
6.8 Psicoterapia de pareja.	35
6.9 Psicoterapia Familiar.....	36
6.10 Informe Psicológico.....	36
6.11 Instrumentos de Evaluación en la consulta.....	36

VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EMERGENCIA GENERAL

7.1 Objetivo General.....	41
7.2 Objetivos Específicos.....	41
7.3 Instrumentos de Evaluación en la emergencia de adultos.....	42

SEGUNDA PARTE

CASO CLÍNICO.....	45
INFORME PSICOLÓGICO.....	56
PLAN DE TRATAMIENTO.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
ANEXOS.....	75

INTRODUCCIÓN

El presente informe trata sobre la labor del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario en un centro de salud; una profesión que se desarrolla vertiginosamente y alcanza de forma creciente más competencias y espacios de trabajo dentro del campo de la Salud; que va adquiriendo un reconocimiento público e interprofesional; cada vez más importante; debido a que la psicología Clínica y de la Salud ha tenido como determinante, que en los últimos años experimentó el concepto de salud; con el reconocimiento del componente bio-psico-social de la enfermedad, disolviéndose sus límites al conocerse mejor la interdependencia entre la conducta o la “psique” y el cuerpo.

Como consecuencia de este cambio y la necesidad creciente de los equipos interdisciplinarios en todos los campos de la salud, hospitales y/o centros de salud, tener personal psicólogo. El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es uno de los hospitales más completos a nivel nacional, al contar con todas las especialidades en el área médica para el tratamiento de las diferentes enfermedades que aquejan a los pacientes asegurados. El Servicio de Psicología como parte integrante del grupo de especialidades va a lograr la cobertura asistencial en las diversas especialidades como parte del equipo multidisciplinario.

Es así que en el presente informe daré a conocer la labor del psicólogo a través de las diferentes actividades; como parte del equipo multidisciplinario en el objetivo del tratamiento y recuperación de la salud de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos.

En el HNERM y otras instituciones de salud, por la complejidad de las enfermedades de los pacientes y su atención, implican una carga estresante para el personal de salud, puesto que está en las manos de los especialistas el tomar decisiones que lleven a promover, mantener, recuperar o rehabilitar la salud de las personas, y que definen la atención enfrentando día a día

situaciones estresantes que repercuten en la calidad de atención de los pacientes, así como en la salud del personal asistencial.

Es así que el Servicio de Psicología promueve la evaluación y el tratamiento psicológico breve al paciente y al familiar de las áreas críticas de Emergencia de Adultos del Hospital Rebagliati, como veremos en los cuadros estadísticos de pacientes ingresados; lo cual también se plasma en el presente informe.

Agradezco a la Jefatura de Psicología, Jefatura del Departamento de Medicina Intensiva, Jefatura de UCI 2C y de Emergencia de Adultos; quienes depositaron su confianza y las muestras de apoyo en el desarrollo de mis actividades como psicólogo.

A continuación se apreciará el contenido detallado del Informe de Experiencia Profesional vivenciados en las áreas críticas 2012 – 2013; está dividido en dos partes, la primera desarrolla el diagnóstico situacional y todas las actividades profesionales, mientras que en la segunda parte, el desarrollo del caso clínico y su respectiva intervención psicológica.

PRIMERA PARTE

DESARROLLO DE ACTIVIDADES

I. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - HNERM

1.1. Ubicación y Dirección

Av. Rebagliati 490 - Jesús María.

Imagen 1. Mapa de ubicación geográfica del HNERM



1.2. Características de Infraestructura

Es un edificio de 14 pisos que cuenta con camas en el área de adultos, camas pediátricas y camas en las áreas críticas de emergencias, UCI y sala recuperación de cirugía.

1.3. Historia del Hospital

El Hospital Nacional E. Rebagliati Martins de EsSalud, es un Hospital de IV nivel que fue inaugurado el 3 de Noviembre de 1958, para beneficiar a los asegurados en los campos médicos, quirúrgicos, gineco-obstétrico, pediátricos y de salud mental.

Actualmente acoge más de 1500 pacientes hospitalizados y en consulta externa ofrece más de 40000 consultas mensuales.

La Primera Piedra

En el distrito de Jesús María en 1951 se empezó la construcción de un imponente edificio, en un terreno que inicialmente fue asignado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Los encargados de tal proyecto fueron los arquitectos estadounidenses de la División de Salud Pública de Estados Unidos; Edgard Stone y A. L. Aydelott, en un proyecto de 12 millones de dólares.

Fundación e Inicio

El hospital Rebagliati fue fundado con el nombre de Hospital Central de Seguro Social del Empleado; el 03 de Noviembre de 1958; en el gobierno de Manuel Prado Ugarteche y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el doctor Francisco Sánchez Moreno. Y su director el doctor Guillermo Kaelin de la Fuente; y contaba con 466 camas, 7167 trabajadores en las especialidades de maternidad, laboratorio clínico, banco de sangre, rayos X, farmacia, consulta externa, emergencia y sala de operaciones, todo equipado con modernos equipos médicos. Con la puesta en marcha del Hospital del Empleado; se abrieron las puertas del desarrollo de la ciencias de la salud por lo que surgieron la Escuela de Enfermería, Laboratorio Clínico, los Servicios de Dietética y Medicina Física y Rehabilitación.

Década de los Setenta y Ochenta

Un 27 de Noviembre de 1975, el hospital del Empleado pasó a ser el Hospital Central N° 2, iniciando una nueva etapa en su historia. El nombre actual lo adquiere en 1981, en reconocimiento a uno de sus gestores.

En la Actualidad

Han pasado 55 años y el hospital Rebagliati marca la pauta en la atención altamente especializada, teniendo como principio la labor en equipo de todos los trabajadores que han sido capaces de construirlo y mantener su prestigio convirtiéndolo en el hospital insignia de la Seguridad Social. En la actualidad ofrece 51 especialidades médicas (muchas de ellas con sub y súper especialidades) y cada año se realizan un promedio de 25 mil intervenciones quirúrgicas, muchas de ellas altamente complejas. Para lograrlo cuenta con 29 salas de operaciones, 10 de ellas con el más moderno y equipado centro quirúrgico del país.

Es protagonista de importantes capítulos en la historia médica del país, porque en ella se han realizado más trasplantes renales y de médula ósea, fue el pionero en el trasplante cardiaco de células madre y en la cirugía para corregir la epilepsia. La oncología ha logrado un importante desarrollo, siendo el centro de referencia del país.

Los especialistas han introducido modernas técnicas como el tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Parkinson, en endoscopia cerebral, cirugía oncológica, cirugía ginecológica por laparoscopia, cirugía de columna vertebral y en problemas neuroquirúrgicos con el uso del neuronavegador.

Ofrece atención oportuna en cuatro emergencias especializadas (adultos, salud mental, ginecología y pediatría), cinco unidades especializadas de Cuidados Intensivos (general, neuroquirúrgica, cardiovascular, pediátrica y neonatología), todas con equipos de monitoreo y tratamiento de última generación.

Cuenta con varias unidades especializadas como de Hemorragia Digestiva, Trasplante de Médula ósea, Quimioterapia Ambulatoria, Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, de Hemofilia y Trombosis. En este hospital se halla el único servicio de Radioterapia de Essalud, y el único Banco de Órganos del Perú.

Continúa a la vanguardia de la salud peruana con vigencia desde su inicio en la docencia e investigación para el beneficio de futuros profesionales en Medicina Humana; desarrollando actualmente 35 especialidades de formación profesional entre médicas, quirúrgicas y de ayuda al diagnóstico. El hospital garantiza la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad como parte importante de la nueva cultura de salud, donde la prevención es un factor muy importante.

Este es el rumbo y hacia allí se dirigen los esfuerzos diarios de cada uno de nosotros como trabajadores comprometidos con ofrecer bienestar y calidad de vida.

1.5 Historia del Servicio de Psicología

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amilcar Estrada de los Rios, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el

grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Ernestina Chávez, quien también era docente de la Universidad de San Marcos.

En el quinquenio 1971 - 1975 ingresan destacados psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos, Elsa Rodríguez, Luz Flores y Saida Valcárcel, las bachilleres Fina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología así como su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como: Medicina Física y Rehabilitación, así como interviniendo en áreas de conflicto a nivel de personal.

Por el año 1980, los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, siendo necesario la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como: Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología, Rehabilitación. Situación que genera en 1986 la necesidad de la creación del Departamento de Psicología, terminando la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría, que era una añeja práctica hospitalaria.

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico-Tratamiento, con 4 Servicios: 1) Servicio de Psicología de Salud Mental a cargo del Ps. Dr. Eduardo Valdizán. 2) Servicio de Psicología de Neuropsicología a cargo del Ps. Dr. Julio Santos. 3) Servicio de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Ps. Dra. Elsa Rodríguez. 4) Servicio de Psicología de

Madre-Niño a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz. Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en Congresos Nacionales e Internacionales.

A comienzos del año 1992, después de más de 30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Dr. Luis Amilcar Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades, afín que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento de Psicología es reestructurada, quedando 2 Servicios: 1) El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Ps. María de Carmen Torres y 2) El Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz.

Posteriormente, al convertirse la Dirección de Salud Mental en el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Psicología pasa a convertirse en el Servicio de Psicología, a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta (1995).

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

En 1996, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Ps. Dra. Berenice de la Torre Sobrevilla.

Hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral.

Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría cuya característica principal era un clima laboral negativo para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, con una ley que nos reconoce la ACTIVIDAD FINAL en el ejercicio profesional.

Cabe resaltar que la plana de Psicólogos por su motivación de Servicio a los Asegurados, no han escatimado esfuerzos para capacitarse en Maestrías, Doctorados y Segunda Especialidad.

II. **GESTIÓN INSTITUCIONAL**

2.1. Misión

Somos una institución de Seguridad Social en Salud que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de nuestros asegurados.

2.2. Visión

Ser líder nacional de la Seguridad Social en Salud, comprometidos en dar atención integral a las necesidades y expectativas de la población asegurada con equidad y solidaridad hacia la universalidad del sistema de salud.

2.3 Principios de la Seguridad Social Solidaridad

✓ Solidaridad

Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

✓ Universalidad

Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

✓ **Igualdad**

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación. Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

✓ **Integralidad**

El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

✓ **Autonomía**

La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

III. **GESTIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA**

3.1. Misión

Brindar atención psicológica a través de procedimientos altamente especializados en diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Se busca contribuir de este modo a los objetivos institucionales.

3.2. Visión

Constituirse en líder de la especialidad de Psicología, en diagnóstico y tratamientos de casos clínicos de alta complejidad. Se busca brindar atención psicológica por profesionales altamente capacitados en las técnicas y tratamiento de vanguardia de la especialidad.

3.3. Infraestructura Servicio de Psicología

La Jefatura de Psicología ubicada en el block A del primer piso del Hospital. Consta de tres ambientes, uno ocupado por la jefatura, el segundo por la secretaría, y el tercero por una sala de psicoterapia. Esta sala es compartida, de acuerdo a horario por los Psicólogos

que laboran en los diferentes turnos y de las diferentes especialidades médicas.

En algunas de las áreas médicas, como en Psiquiatría y en Neurología, Salud Uro-renal y Pediatría cuentas con consultorios descentralizados.

3.4. Horarios de trabajo

Lunes a Sábado de 8:00 a 14: 00 y de 14:00 a 20:00 hrs.

3.5. Recursos Humanos

En total en el Hospital laboran 39 Psicólogos, 30 nombrados y 09 contratados.

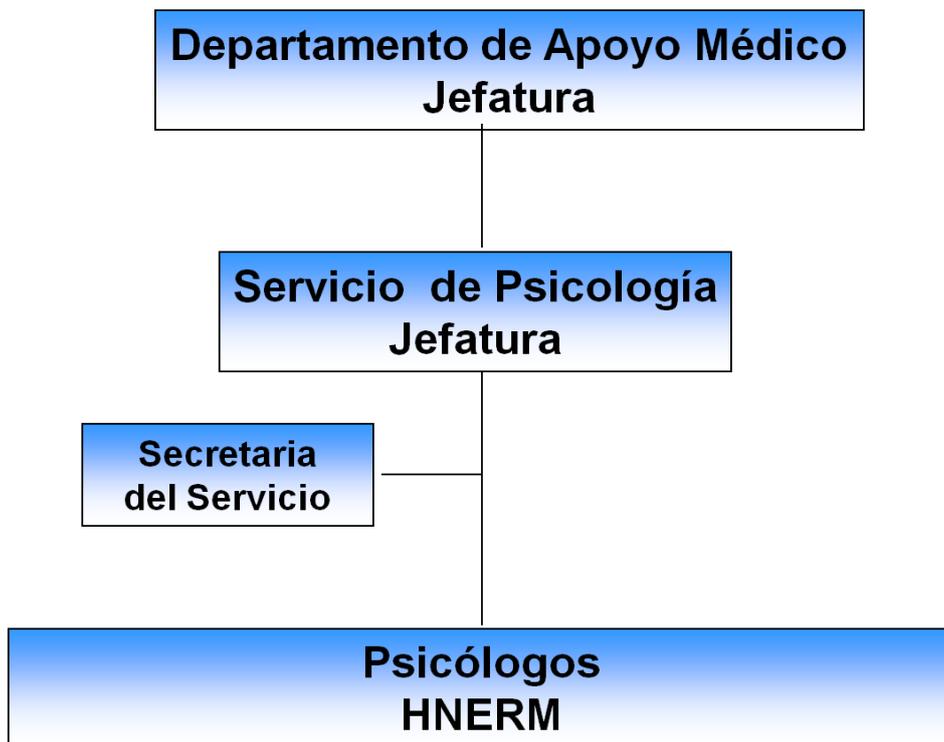
Imagen 2. Psicólogos del HNERM



3.6. Organización Funcional

Ver en Anexo. Estructura Orgánica del Servicio de Psicología en el HNERM.

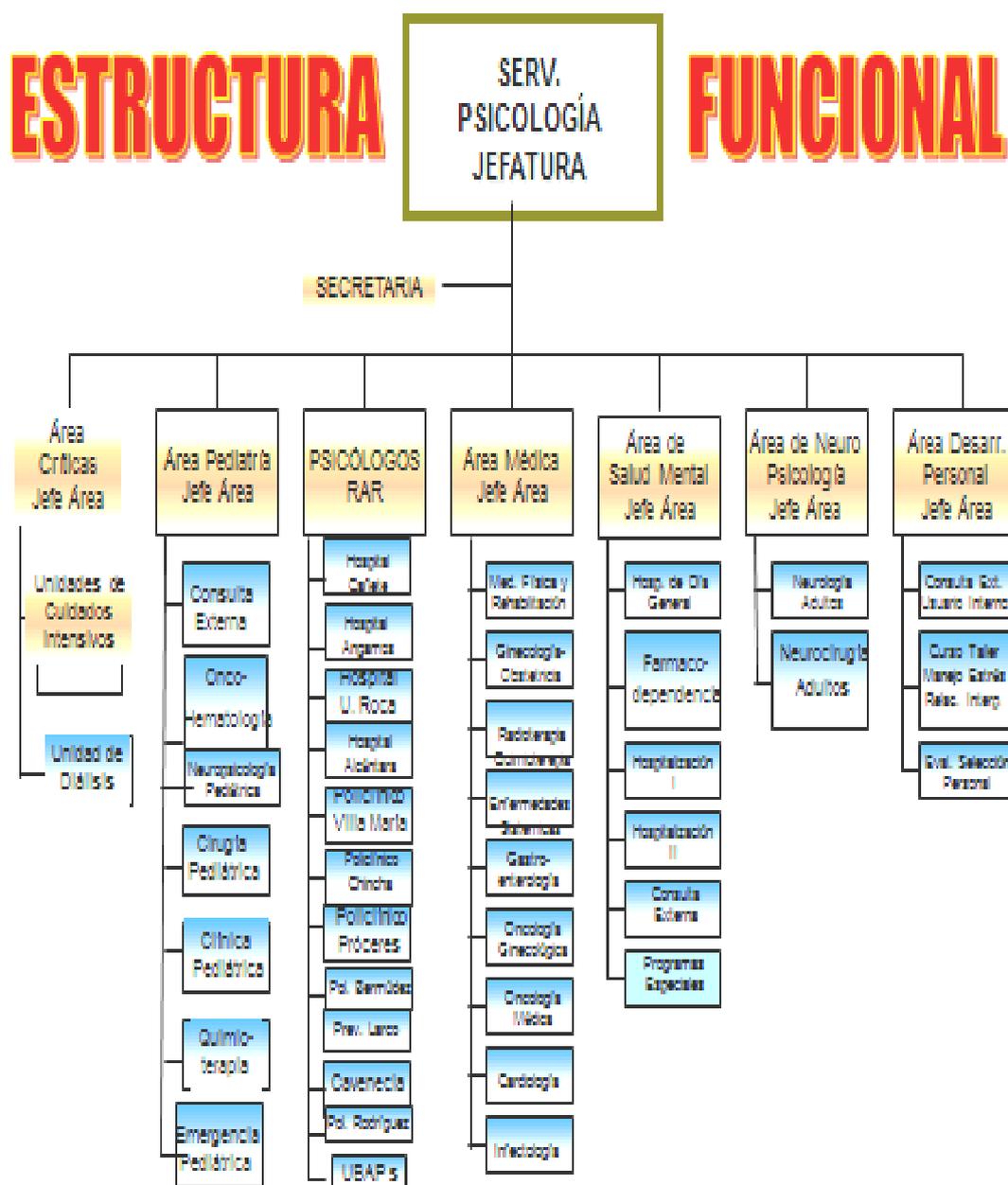
Grafico 1. Flujograma de la organización funcional del Servicio de Psicología



3.7. Estructura Funcional

El Servicio de Psicología depende del Departamento de apoyo médico, que comprende Psicología, Nutrición y Servicio Social. Ver Anexo 2. Estructura Red Asistencial Rebagliati (RAR)

Grafico 2. Flujograma de la estructura funcional del HERM



3.8. Estadística General 2012 – EsSalud

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Oficina de Informática y Estadística

AMBULATORIOS 2012															
	DIAGNOSTICOS	Código	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
1	Trastorno De Adaptación	F-43.2	224	420	320	340	386	360	389	282	299	513	326	178	4037
2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	137	220	192	137	113	130	88	127	51	124	151	70	1540
3	Trastorno del Habla y del Leng	F-80.0	17	10	34	18	106	19	19	21	6	26	30	18	324
4	Episodio Depresivo	F-32	50	92	98	44	27	68	98	59	306	88	322	217	1469
5	Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	24	25			71	32	38	14	9	42	27	41	323
6	Trastorno de Conducta	F-91	25	14	24	40	35	34	34	55	38	48	16	24	387
7	Trastorno Esquizofrénico	F-20	53	40	66	67	8	21	30	8	0	16	4	8	321
8	Trastorno de Hiperactividad	F-90	9	22	43	38	27	16	20	24	0	18	45	20	282
9	Demencia	F-00	43	10	38	51	61	30	25	42	7	9	35	9	360
10	Retardo del desarrollo	R-62	11	25	16	14	34	12	12				3	12	139
11	Retardo Mental	F-70					22	16	18	20	9	12	8	7	112
12	Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z-73	9	21	21	0	25	49					1		126
13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F-10								6			7	27	40
14	OTROS		107	56	13	71	78	116	84	30	117	122	133	80	1007
		TOTAL	709	955	865	820	993	903	855	688	842	1018	1108	711	10467

3.9. Estadística General 2013

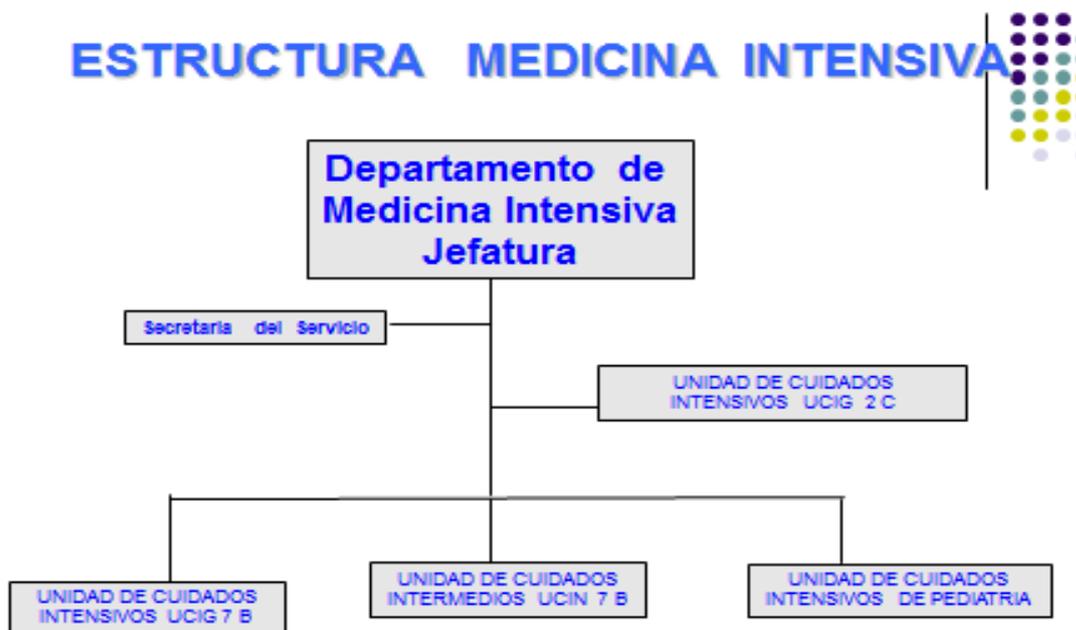
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins															
Oficina de Informática y Estadística															
AMBULATORIOS															
2013															
	DIAGNOSTICOS	CODIGO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
1	Trastorno De Adaptación	F-43.2	629	297	262	206	239	220	254	209	189	254	227	162	3148
2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	174	144	96	151	155	101	127	112	111	112	142	220	1645
3	Trastorno del Habla y del Leng	F-80	21	22	23	19	9	27	16	18	16	16	20	19	226
4	Episodio Depresivo	F-32	57	30	82	77	50	88	111	97	76	63	120	107	958
5	Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	5	1	8	18	25	11	15	23	38	5	17	12	178
6	Trastorno de Conducta	F-91.	28	34	31	28	23	28	33	31	21	30	37	32	356
7	Trastorno Esquizofrénico	F-20	11	21	24	38	64	18	18	18	17	12	13	15	269
8	Trastorno de Hiperactividad	F-90	20	25	33	23	19	14	17	14	31	8	9	11	224
9	Demencia	F-00	19	16	32	26	41	20	48	40	20	64	46	15	387
10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F-10	9	5	16	14	5	10	5	5	19	4	5	7	104
11	Retardo Mental	F-70	10	6	9	11	17	11	13	14	9	10	15	13	138
12	Retardo del desarrollo	R62	6	6	6	7	12	7	14	10	11	12	14	5	110
13	Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z-73	2	1	2	0	4	5	1	0	0	8	7	1	31
14	Otros		78	98	116	114	142	103	80	65	74	85	120	49	1124
	TOTAL		1069	706	740	732	805	663	752	656	632	683	792	668	8898

IV. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE TRABAJO

4.1. Nombre:

SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Grafico 3. Flujograma de la Estructura de Medicina Intensiva del HNERM



4.2. Ubicación

Segunda planta del Block C

4.3. Descripción

Consta de 24 camas, diferenciado entre pacientes agudos y crónicos. Hospitalizados, con 30 enfermeras ,20 técnicos y 70 Médicos

4.4. Objetivo General

Brindar atención psicológica a través de los procedimientos altamente especializados a pacientes en estado crítico y con permanencia variable dependiendo de la gravedad y de la evolución favorable o desfavorable. Asimismo, se brinda soporte psicológico integral al familiar en caso de fase terminal de enfermedad y de afrontamiento del duelo.

4.5 Objetivos Específicos

- Evaluar al paciente crítico, estudiar el estado basal de los componentes básicos de su personalidad: sus aptitudes cognitivas y sus actitudes volitivas que se expresan en su actuación objetiva.
- Intervenir sobre la estructura de las relaciones familiares por medio de consejería a fin de optimizar las actitudes y colaboración de la familia en su recuperación del enfermo; así como para que pueda manejar adecuadamente su conocimiento acerca de él.
- Brindar soporte psicológico al personal multidisciplinario de la UCI para propiciar un clima de bienestar, que revierta sobre la atención integral del paciente crítico.

4.6. Estadística individual 2012, 2013

Informe de actividades desarrolladas en el servicio de Emergencia y UCI psicología por el Ps. Beltrán Quiñones en los años 2012 y 2013.

En el cuadro 3 presentamos los datos comparativos de las actividades desarrolladas durante los años 2012 y 2013. En total se desarrollaron 5921 actividades; 2848 en el año 2012 y 3073 en el año 2013. Se puede observar que las Actividades de Atención

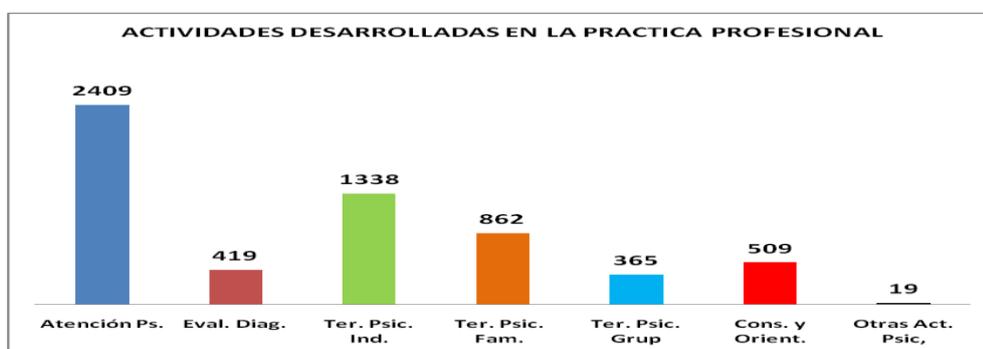
Psicológica, Terapia Psicológica Individual y Evaluación-Diagnóstico; fueron las que se desarrollaron en mayor cantidad de veces durante el año 2013.

Cuadro 3. Actividades psicológicas desarrolladas en Emergencia y 2C UCI 2012 - 2013

ACTIVIDADES	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL
	Fx	Fx	Fx
Atención Psicológica	1030	1379	2409
Evaluación, Diagnóstico	196	223	419
Terapia Psicológica Ind.	502	836	1338
Terapia Psic. Familiar	455	407	862
Terapia Psic. Grupal	291	74	365
Consejería y Orientación	355	154	509
Otras Act. Psic,	19	0	19
TOTAL ACTIVIDADES	2848	3073	5921

En el cuadro 4 presentamos las diferentes actividades que se desarrollaron durante los años 2012 y 2013 en el Área de psicología; observándose que las actividades que se desarrollaron con mayor frecuencia fueron las de Atención Psicológica (40.7%), Terapia Psicológica Individual (22.6%), Terapia Psicológica Familiar (14.6%) y Orientación y Consejería (8.6%).

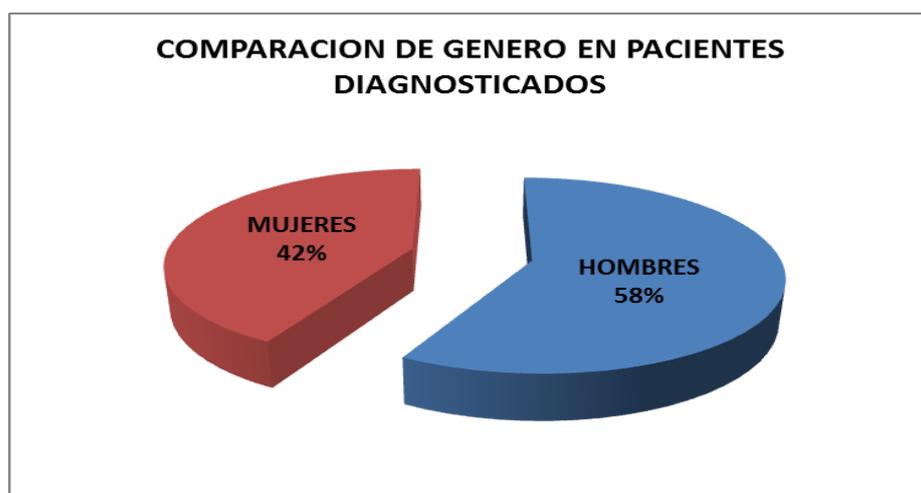
Gráfico 4. Actividades psicológicas desarrolladas en la Práctica Profesional 2012 – 2013



Estadística de la Frecuencia de pacientes diagnosticados, en función al género. Comparativamente, encontramos una frecuencia mayor en el grupo de varones respecto al grupo de mujeres.

Gráfico 5. Porcentaje de pacientes diagnosticados en función al género

2012 - 2013

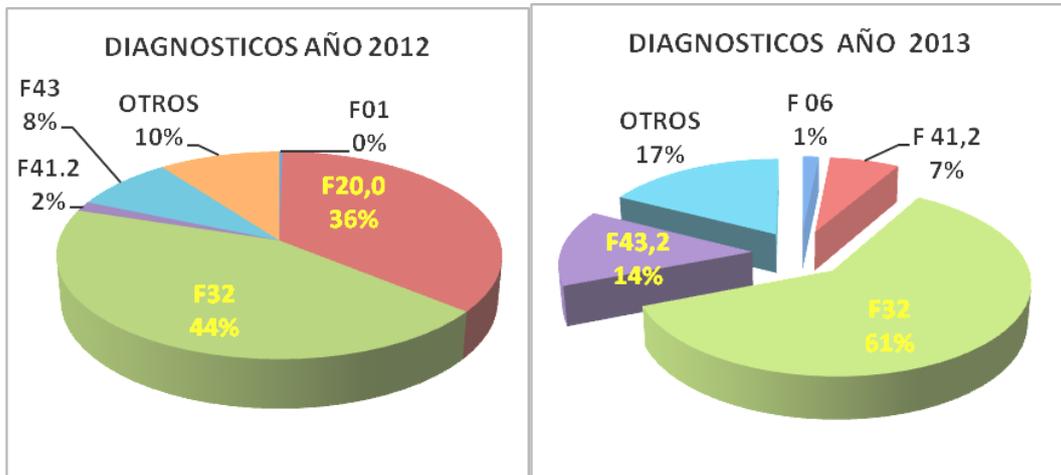


Ahora presentamos los diagnósticos elaborados dentro de las actividades psicológicas desarrolladas durante los años 2012 y 2013. Observándose que la mayor frecuencia es para F32 (55,1%) y F20.0 (18.7%)

Cuadro 4. Frecuencia de diagnósticos por año.

Dx por Año	AÑO 2012	AÑO 2013
F01	3	
F06	0	16
F20,0	403	0
F32	496	613
F41.2	17	68
F43	95	0
F43,2	0	138
OTROS	114	175
TOTAL 2012	1128	1010

Gráfico 5. Porcentaje de la frecuencia de diagnósticos del Año 2012 y 2013



Entre los diagnósticos más frecuentes encontramos el F32, que se incrementa en el año 2013, así como el F41.2 que se incrementa en 5% con respecto al año 2012,

V. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

5.1. Actividades de Psicología en 2 C UCI

5.1.1. Visita Psicológica.

Es la actividad psicológica, cuya finalidad es conocer a los pacientes recién ingresados a la unidad de UCI; así como conocer la evolución de los pacientes durante su estadía hospitalaria; para elaborar prioridades de intervención; para lo cual se cuenta con la opinión del médico tratante, personal de enfermería y familiares.



5.1.2. Entrevista Psicológica.

Eminentemente clínica con carácter de diagnóstico, siendo el objetivo la recolección de datos, características y actitudes personales propias del paciente que van a incidir en su proceso de afrontamiento y manejo de la enfermedad motivo de ingreso a UCI; así como la adaptación al tratamiento (ambiente de UCI, hospitalización, hospitalización prolongada, diversos procedimientos invasivos y no invasivos), la evolución y pronóstico.

5.1.3. Observación

Es la estrategia prioritaria que junto a la entrevista psicológica deben de permitir de forma objetiva y efectiva avizorar la problemática que presenta el paciente durante las sesiones de evaluación; ya que el ambiente de observación solo se reducirá a las instalaciones del consultorio, se deberá de observar con mucho énfasis, desde indicadores generales, (tal como apariencia física, higiene personal, desarrollo maduracional según edad cronológica), así como indicadores de conducta, captados de manera verbal (expresión, comprensión verbal), como no verbal (movimientos lentos o agitados, sudoración, motivación, colaboración, interés /desinterés, etc.).

5.1.4. Evaluación y Diagnóstico Psicológico.

La evaluación es un proceso que permite valorar el estado de las funciones psicológicas; a través de la entrevista, test psicológicos, para llegar a una conclusión diagnóstica, que va a permitir establecer un pronóstico; así como establecer

un plan psicoterapéutico a seguir; potencializando los recursos con que cuenta el paciente en el afrontamiento de la enfermedad y tratamiento.

5.1.5. Reunión Clínica.

Es la reunión conjunta del equipo multidisciplinario de UCI (Médicos asistenciales y residentes, Enfermera, Fisioterapeuta, Psicólogo); El psicólogo reporta el estado basal de la actividad psíquica del paciente frente a su enfermedad, tratamiento, evolución y probable pronóstico Así como el informe del afrontamiento familiar; y se toma en cuenta los planes a seguir en su tratamiento.

5.1.6. Terapia Psicológica.

Es la actividad psicológica que a partir de diferentes técnicas de intervención psicoterapéuticas, por medio de las manifestaciones físicas y psíquicas promueve el cambio conductual y actitudinal, la adaptación al entorno, la integración de su identidad psicológica, posibilitando el manejo del dolor y sufrimiento frente a la enfermedad, tratamiento y evolución; para lograr el bienestar bio-psico-social de la persona.

5.1.7. Consejería y Orientación Psicológica.

Es una actividad de tipo directiva dirigida al paciente a brindar pautas precisas de actitudes y conductas que permitan un mejor afrontamiento a la enfermedad, tratamiento y evolución; durante su estadía en UCI.

5.1.8. Información, Consejo y Orientación Familiar.

Es una actividad dirigida a la familia del paciente de UCI, (familiar responsable-familiares significativos para el paciente) en la cual se informa el modo de afrontamiento psicológico del paciente frente a la enfermedad, tratamiento y evolución, así como se brindan pautas de comportamiento familiar que permitan un rol co-terapéutico que pueda coadyuvar a su recuperación.



5.1.9. Psicoterapia de pareja.

Actividad dirigida al paciente y su pareja (durante la hora de visita del familiar); cuya finalidad es el manejo de conflictos de pareja no resueltos que puedan incidir en el afrontamiento del paciente frente a su tratamiento, reestructurando y fortaleciendo los vínculos emocionales.

5.1.10. Psicoterapia Familiar.

Es la actividad dirigida al familiar o familiares que presentan dificultades emocionales en el afrontamiento familiar frente a la enfermedad (crónica o súbita), tratamiento, evolución y pronóstico del paciente, desarrollando estrategias terapéuticas que posibiliten una mejor adaptación familiar.

También se realiza soporte psicológico al familiar del paciente terminal en el proceso de la elaboración del duelo

anticipado, así como el cierre de duelo (al fallecer el paciente).

5.1.11. Informe Psicológico.

Es un documento de carácter profesional y legal, en la cual se vierten las características del paciente de UCI, cuya principal finalidad, es servir de guía y base para la intervención del psicólogo, así como de referencia para el médico tratante; frente al afrontamiento global del paciente y los familiares; durante su estadía en UCI.

5.1.12. Aplicación de Encuestas.

Modalidad de medir el índice de satisfacción del usuario externo (familiares de pacientes de UCI), es un cuestionario elaborado en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno y el Departamento de Cuidados Intensivos, se aplica a familiares con estancia prolongada y/o al salir de alta., se aplica mensualmente, elaborando un informe trimestral dirigido al jefe del Departamento de Medicina Intensiva, al jefe del servicio donde nos encontramos asignados, con la finalidad de valorar el índice de satisfacción; así como las mejoras a tomar en cuenta en el logro de poder brindar un servicio con calidad.

5.1.13. Junta Médica.

Es la reunión médica de diferentes especialidades, para la toma de decisiones ante un cuadro complejo que pone en riesgo la vida del paciente; el psicólogo aporta informe del estado basal psicológico del paciente, como de los familiares, más cuando se hallen ausentes; para posibilitar un mejor manejo de las probables secuelas y/o fallecimiento de los procedimientos a realizar.

5.1.14 Instrumentos de Evaluación en UCI 2C

Teniendo en cuenta la estancia y características propias del paciente crítico; hospitalizado en las unidades de Medicina Intensiva, empleamos test psicológicos estandarizados que nos permitan un mejor diagnóstico psicológico, entre ellos utilizamos:

Instrumentos utilizados en el estudio 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.

- 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.

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.

- Inventario de Evaluación de la Confusión y el Delirio – CAM - CUI :

- Autores : Traducido y adaptado por Tobar E. Romero
2009
- Administración : Individual
- Duración : Entre 15
- Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
- Significación : Evalúa la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Instrumentos para evaluar aspectos socioemocionales.

- Inventario de la Ansiedad de Zung:

- Autores : Zung
- Administración : Individual y colectiva
- Duración : Entre 5 - 10 minutos
- Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
- Significación : Mide las manifestaciones y/o características de ansiedad como síntomas o signos.

- Inventario de la Depresión de Zung:

- Autores : Zung
- Administración : Individual y colectiva
- Duración : Entre 5 - 10 minutos
- Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
- Significación : Mide las manifestaciones y/o características de Es una escala de 20 frases relacionadas con la depresión, la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos. El paciente cuantifica no la intensidad sino la frecuencia de los síntomas.

Formatos utilizados en UCI 2C

- Ficha familiar
- Cartilla de Comunicación terapéutica para familiares de pacientes de UCI.
- Informe psicológico para el paciente de UCI.
- Cartilla de comunicación terapéutica para los familiares de los pacientes
- Cartilla Educativa: Actitud de los familiares frente al paciente hospitalizado
- Encuesta de Satisfacción al Usuario.

Instrumentos de Evaluación

- Escala de Glasgow
- Test Minimental State Examination (MMSE) M.F. Folstein
- inventario de Depresión y Ansiedad (ZUNG)
- Teoría de personalidad del Dr. Pedro Ortiz Cabanillas (1994)
- Entrevistas semi-estructuradas.
- Educación sanitaria a familiares
- Talleres preventivos dirigidos a personal de UCI (en proceso).

VI. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

6.1. Objetivos

Brindar atención psicológica a través de procedimientos especializados tanto de evaluación, diagnóstico, tratamiento y de seguimiento al paciente en estado de riesgo y/o daños psicológico individual pareja de familia

6.2. Consultorio Externo

Actividades

Entrevista Psicológica. Eminentemente clínica con carácter de diagnóstico, siendo el objetivo la recolección de datos, características y actitudes personales propias del paciente que van a incidir en su proceso de afrontamiento y manejo de la enfermedad motivo de ingreso por consultorio; así como la adaptación al tratamiento y seguimiento, cuya estadía de tiempo de 45 minutos de evaluación o de tratamiento, y la evolución y pronóstico sujeto al involucramiento del paciente y la calidad de vida.

6.3. Observación:

Es la estrategia prioritaria que junto a la entrevista psicológica deben de permitir de forma objetiva y efectiva avizorar la problemática que presenta el paciente durante las sesiones de evaluación; ya que el ambiente de observación solo se reducirá a las instalaciones del consultorio, se deberá de observar con mucho énfasis, desde indicadores generales, (tal como apariencia física, higiene personal, desarrollo maduracional según edad cronológica), así como indicadores de conducta, captados de manera verbal (expresión, comprensión verbal), como no verbal (movimientos lentos o agitados, sudoración, motivación, colaboración, interés /desinterés, etc.).

6.4. Evaluación y Diagnóstico Psicológico.

La evaluación es un proceso que permite valorar el estado de las funciones psicológicas; a través de la entrevista, test psicológicos, para llegar a una conclusión diagnóstica, que va a permitir establecer un pronóstico; así como establecer un plan psicoterapéutico a seguir; potencializando los recursos con que

cuenta el paciente en el afrontamiento de la enfermedad y tratamiento.

6.5. Terapia Psicológica

Es la actividad psicológica que a partir de diferentes técnicas de intervención psicoterapéuticas, por medio de las manifestaciones físicas y psíquicas promueve el cambio conductual y actitudinal, la adaptación al entorno, la integración de su identidad psicológica, posibilitando el manejo del dolor y sufrimiento frente a la enfermedad, tratamiento y evolución; para lograr el bienestar bio-psico-social de la persona.

6.6. Consejería y Orientación Psicológica

Es una actividad de tipo directiva dirigida al paciente a brindar pautas precisas de actitudes y conductas que permitan un mejor afrontamiento a la enfermedad, tratamiento y evolución; durante su estadía en UCI.

6.7. Información, Consejo y Orientación Familiar

Es una actividad dirigida a la familia del paciente de UCI, enfermedades sistémicas, oncológicos, etc (familiar responsable-familiares significativos para el paciente) en la cual se informa el modo de afrontamiento psicológico del paciente frente a la enfermedad, tratamiento y evolución, así como se brindan pautas de comportamiento familiar que permitan un rol co-terapéutico que pueda coadyuvar a su recuperación.

6.8. Psicoterapia de pareja.

Actividad dirigida al paciente y su pareja (durante la hora de visita del familiar); cuya finalidad es el manejo de conflictos de pareja no resueltos que puedan incidir en el afrontamiento del paciente frente a su tratamiento, reestructurando y fortaleciendo los vínculos emocionales.

6.9. Psicoterapia Familiar

Es la actividad dirigida al familiar o familiares que presentan dificultades emocionales en el afrontamiento familiar frente a la enfermedad (crónica o súbita), tratamiento, evolución y pronóstico del paciente, desarrollando estrategias terapéuticas que posibiliten una mejor adaptación familiar.

También se realiza soporte psicológico al familiar del paciente terminal en el proceso de la elaboración del duelo anticipado, así como el cierre de duelo (al fallecer el paciente).

6.10. Informe Psicológico

Es un documento de carácter profesional y legal, en la cual se vierten las características del paciente de UCI, cuya principal finalidad, es servir de guía y base para la intervención del psicólogo, así como de referencia para el médico tratante; frente al afrontamiento global del paciente y los familiares; durante su estadía en UCI.

6.11. Instrumentos de Evaluación en la consulta

Teniendo en cuenta la estancia y características propias del paciente crítico; hospitalizado en las unidades de Medicina Intensiva, empleamos test psicológicos estandarizados que nos permitan un mejor diagnóstico psicológico, entre ellos utilizamos:

Instrumentos utilizados en el estudio 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.

- 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.

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.

- Inventario de Evaluación de la Confusión y el Delirio – CAM - CUI :
 - Autores : Traducido y adaptado por Tobar E. Romero
2009
 - Administración : Individual
 - Duración : Entre 15
 - Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
 - Significación : Evalúa la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos -

Instrumentos para evaluar aspectos socioemocionales:

- Inventario de la Ansiedad de Zung :
 - Autores : Zung
 - Administración : Individual y colectiva
 - Duración : Entre 5 - 10 minutos
 - Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
 - Significación : Mide las manifestaciones y/o características de ansiedad como síntomas o signos.

- Inventario de la Depresión de Zung :
 - Autores : Zung
 - Administración : Individual y colectiva
 - Duración : Entre 5 - 10 minutos
 - Edad de aplicación : Desde los 15 años de edad.
 - Significación : Mide las manifestaciones y/o características de Es una escala de 20 frases relacionadas con la depresión, la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos. El paciente cuantifica no la intensidad sino la frecuencia de los síntomas.

Inventario de Cociente Emocional ICE BARON – NA

- Autor : Reuven Baron
- Adaptación Peruana : Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares Del Águila
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Formas : Completa y Abreviada
- Duración : Sin límite de tiempo
- Edad de Aplicación : Niños y Adolescentes entre los 07 y 18 años
- *Objetivo* : Evaluación de las habilidades emocionales y sociales.

Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE)

- Autor : Charles Spielberger
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 15 minutos
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos, con nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
- *Objetivo* : Detección de personas con predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. Asimismo para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EMERGENCIA GENERAL

7.1 Objetivo General

Brindar atención psicológica especializada al paciente crítico, como también a su familia involucrada en su recuperación lo que significa emplearlo como elemento terapéutico.

Utilizar los recursos del servicio a fin de favorecer el establecimiento de una relación de ayuda para el paciente crítico de Emergencia donde la empatía entre otros, sea el motor principal de todo proceso asistencial.

7.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar al paciente crítico de desde una perspectiva psicológica de emergencia: estudiando el estado basal de los componentes básicos de la personalidad sus aptitudes cognitivas y sus actitudes volitivas que se expresan en su situación objetiva.
- Intervenir sobre la estructura de relaciones familiares por medio de consejería a fin de optimizar las actitudes y colaboración de la familia en la recuperación de la familia en la recuperación del enfermo; así como pueda manejar adecuadamente su conocimiento acerca de él.
- Informar y orientar a los familiares de la evolución y el estado de salud del paciente en emergencia. Preparación ante eventos no esperados como la muerte del paciente por el mal pronóstico y la agonía, y despertar la sensibilidad aspectos de logoterapia en pacientes terminales.
- Brindar apoyo psicológico al personal multidisciplinario de EMERGENCIA GENERALES potenciando el clima antiestrés que beneficie la atención del paciente crítico.



7.3 Instrumentos de Evaluación en la emergencia de adultos

Teniendo en cuenta la estancia y características propias del paciente crítico; hospitalizado en las unidades de Medicina Intensiva, empleamos test psicológicos estandarizados que nos permitan un mejor diagnóstico psicológico, entre ellos utilizamos:

7.3.1 Instrumentos para Evaluación Aptitud Cognitiva

- 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 una análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar en los pacientes trastornos funcionales orgánicos.

- Inventario de Evaluación de la Confusión y el Delirio – CAM - CUI:

Autores	: Traducido y adaptado por Tobar E. Romero 2009
Administración	: Individual
Duración	: Entre 15
Edad de aplicación	: Desde los 15 años de edad.
Significación	: Evalúa la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos

7.3.2. Instrumentos para evaluar aspectos socioemocionales

- Inventario de la Depresión de Zung:

Autores	: Zung
Administración	: Individual y colectiva
Duración	: Entre 5 - 10 minutos
Edad de aplicación	: Desde los 15 años de edad.
Significación	: Mide las manifestaciones y/o características de Es una escala de 20 frases relacionadas con la depresión, la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos. El paciente cuantifica no la intensidad sino la frecuencia de los síntomas.

SEGUNDA PARTE

CASO CLÍNICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : Julio B.
Edad : 54 años
Fecha de nacimiento : 05 de diciembre de 1960
Lugar de nacimiento : Yauyos - Lima
Procedencia : San Juan de Miraflores
Estado civil : Casado
Grado de instrucción : Secundaria completa
Ocupación actual : Comerciante
Religión : Ateo
Evaluado por : Psicólogo Beltrán Quiñones
Informantes : Sra. Cassia (esposa)

II. MOTIVO DE CONSULTA

Julio se encuentra hospitalizado por *insuficiencia aortica severa*, recibe atención psicológica debido a que manifiesta alto nivel de preocupación de mala praxis en su intervención quirúrgica. Además, refiere que en los últimos dos meses ha empezado a sentirse culpable en su relación de pareja por ser infiel a su esposa, piensa que no es el esposo que se merece la madre de sus hijos. La infidelidad fue descubierta por su esposa e hijos. Viven en la misma casa aunque están separados de cuerpo, ya no conversan como antes, cada vez es menos, sin embargo, ella le sigue atendiendo respecto a su ropa y comida.

Refiere que el motivo principal por el que se siente mal son las dificultades de pareja, discusiones por dinero, salud y la falta de respeto

hacia él de parte de sus hijos “ellos tienen una vida muy egoísta, son muy pegados a su mamá y no se acercan a preguntar cómo estoy, no sé qué hacer con ellos”. Presenta dolores de cabeza, musculares y mareos principalmente por las mañanas, así como dificultades para respirar, problemas estomacales, fatiga; lo que le produce tristeza, sensación de temor y preocupaciones constantes. Además de ello ante la estancia prolongada en el hospital experimentó fuertes palpitaciones, temblores y sudoración. Mientras estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) aumentaron la sudoración de la cabeza, espalda y manos, inquietud motora; ánimo inestable.

El paciente recibe tratamiento farmacológico para su dificultad cardíaca, por lo que refiere sentirse más aliviado en ese sentido, sin embargo respecto a su situación sentimental tiene el deseo de solucionarla a través de una terapia psicológica de pareja. En las últimas sesiones evidencia preocupación por la situación de su mayor hijo, quien hace un año empezó a trabajar fuera de Lima y no tiene una adecuada comunicación con él.

Antes de ser hospitalizado trataba de encargarse, en medida de lo posible, del negocio familiar, para así ayudar a su esposa, eso le permite sentirse mejor, como una forma de cuidar la salud de su esposa y por ende sentirse útil.

Julio se describe como una persona práctica, con facilidad para tomar decisiones; considera haber ejercido mucha presión para el desarrollo instruccional de sus hijos que le causó tensión emocional que dificultó la relación con ellos y con su esposa, siendo perjudicial también para su condición-estado cardiológico lo que “me deprime y me frustra, pero sobre todo no poder solucionar la relación con mi esposa”.

Se evidencia sintomatología ansiosa depresiva (con mayor evidencia del cuadro ansioso); sin embargo su estado anímico se encuentra variable en cada sesión.

EPISODIOS PREVIOS

Su sistema familiar fue inadecuado, con un padre alcohólico, poco responsable e infiel y una madre pasiva.

El 24 mayo de este año lo operaron por primera vez del corazón y cuatro días después volvieron a intervenirlo para hacerle un procedimiento de limpieza, ya que había formación de coágulos, procedimiento que se repitió el 5 de junio.

Un día antes de ser hospitalizado estuvo discutiendo con su familia por sentirse insatisfecho con la atención médica y con los resultados de sus exámenes. El día de su hospitalización discutió con su esposa, refiere que ella continuamente le reclama sobre su infidelidad y ello le incomoda demasiado. Fue llevado por emergencia y es internado en cuidados intensivos por presentar un cuadro séptico post operatorio, además de evidenciar síntomas ansioso - depresivos. Refiere que en este internamiento como paciente delicado, se siente solo y se hace más consciente de lo importante que es estar bien con su esposa por lo que solicitó ayuda psicológica para su relación de pareja.

III. HISTORIA PSICOLÓGICA COMPLETA

3.1 Historia Personal

Julio refiere que sus padres no le han dado mucha información sobre sus primeros años de vida, que no acostumbraban hablar de esas épocas.

Asevera que nació por parto normal cumplido los nueve meses de gestación. No fue un embarazo planificado. Recibió lactancia materna hasta los doce meses de edad y luego fue reemplazada por el biberón hasta los tres años, alternándolo con el chupón.

Caminó a los doce meses y habló poco tiempo después.

Comenta que un día se asustó demasiado al no encontrar a su mamá, la buscó llorando intensamente hasta que la encontró y ambos rieron.

Cuando tenía cinco años se sintió muy triste debido a que su padre consumía alcohol y por ello maltrataba a su madre, por eso le tenían miedo. Era víctima de maltrato por parte de ambos padres. El padre abandona el hogar cuando Julio tenía doce años de edad.

Recuerda que era un niño juguetón, amiguelo, que le gustaba correr y saltar, que lo llamaban “coroto” (macho del cuy). Le gustaba jugar con los carneros en el campo. No le gustaba estar solo y buscaba a sus amigos.

Su padre tuvo que ser intervenido por la justicia para que lo reconozca como hijo. Mientras que su madre se esforzaba mucho para mantenerlo, darle comida y estudios.

A partir de los catorce años empezó a trabajar para ayudar a su madre.

3.2 EDUCACIÓN

Julio refiere que inició la etapa escolar a los cinco años, tuvo un rendimiento bueno, pero siempre fue inquieto y juguetón, con regular participación en clase. Le gustaba participar en las actividades del colegio y salía a actuar, declamar, bailar o cantar, empero sus padres solo asistían para el fin del año escolar.

Su padre le trataba con mucha dureza, poco afecto cuando le enseñaba alguna lección, aunque captaba rápido; por eso lo felicitaban haciéndole sentir contento para que mantuviera su buen rendimiento.

Al iniciar la secundaria tuvo varias dificultades y desaprobó dos cursos que fueron recuperados en las vacaciones. Repitió el segundo año de secundaria; los demás años los culminó con un rendimiento académico regular. Los dos últimos años de secundaria alternó los estudios con el trabajo ya que debía mantenerse por sí mismo.

A los dieciocho años postuló a la Universidad Nacional de Ingeniería, pero no logró ingresar y lo intentó dos veces más siendo el mismo resultado, lo que le generó frustración.

Cuando cumple cincuenta y cuatro años retoma los estudios en el Instituto IPAE, en la carrera de administración de empresas, considera que su rendimiento fue regular, siendo sus cursos favoritos matemática, física y química; y los que no le gustaban eran lengua y literatura.

3.3 OCUPACIÓN O TRABAJO

Julio empieza a trabajar a los catorce años en una mina como cargador de minerales por tres meses, señala que ahí se sintió muy a gusto, se adaptó rápidamente al grupo de trabajo.

Llega a Lima a los diecinueve años, al no poder ingresar a la UNI. Realiza diversos trabajos hasta que llega a ser guardián en un colegio donde tenía una habitación para vivir; y debido a la confianza que generó en los dueños le dan el puesto de auxiliar de educación de dicho plantel durante ocho años.

A los cuarenta y tres años inicia su propio negocio como confeccionista de buzos deportivos, en su taller también se dedicaba a supervisar a sus trabajadores, a la venta al por mayor y menor, y a conseguir nuevos clientes. Se considera un hombre trabajador, emprendedor y que busca darle rápida solución a los problemas. Debido a los gastos que le producía su relación extramarital tuvo problemas económicos que no le permitían responder adecuadamente a los gastos del taller, por lo que aumentaron los problemas con su familia y con su personal. Para revertir esta situación, ha optado por comprar maquinas nuevas mediante un préstamo para poder aumentar la producción.

Actualmente ha iniciado un curso de actualización en IPAE, sin embargo, debido a su estado de salud, ha disminuido su ritmo de trabajo.

3.4 HÁBITOS E INTERESES

El evaluado se describe como una persona extrovertida, alegre, con gusto por las reuniones sociales de diversión en las que acostumbra fumar y libar alcohol. Refiere que cuando se siente “muy tenso y ansioso” busca a su amante para salir a pasear, al cine, asisten a fiestas patronales o cualquier actividad que deseen.

Cuenta que es aficionado a la crianza de gallos de pelea, en una época tuvo hasta veintitrés gallos, los que tuvo que vender debido a que nadie puede cuidarlos ahora que se encuentra hospitalizado. Refiere que “ahora mi mayor ocupación será hacerme cargo de cuidar mi salud, pasear con mi esposa, visitar a sus hermanos y realizar culto en una agrupación de oración”.

Fue bautizado bajo la religión católica, empero, a partir de los cuarenta años de edad conoce diversas agrupaciones evangélicas y “como resultado de esas experiencias ya no creo en Dios, me considero ateo, pero respeto mucho a la gente que acude a las iglesias evangélicas u otras agrupaciones los fines de semana”.

3.5 ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

Julio refiere que en una época de su niñez sufría de dolores continuos de estómago por infecciones estomacales por las que recibía atención médica.

En la adolescencia tuvo episodios de infección a la garganta y amígdalas que le producían ira por su intensidad y frecuencia.

En el 2004 tuvo un episodio de Hipertensión arterial sin tratamiento.

El año 2013 le diagnosticaron Angina, pero no llevo tratamiento.

El 24 mayo de este año lo operaron por primera vez del corazón y cuatro días después volvieron a intervenirlo para hacerle un procedimiento de limpieza, ya que había formación de coágulos,

procedimiento que se repitió el 5 de junio estando hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos por cuadro séptico post operatorio.

3.6. PERSONALIDAD

Julio refiere que de pequeño era juguetón, amiguelo e inquieto, le gustaba jugar en el campo, trataba de estar acompañado porque no le pasaba bien estando solo. Menciona que le hizo falta el afecto de su padre, trataba de agradarle sacando buenas notas en la escuela y le pedía que lo ayude en sus tareas escolares que en ocasiones lo hacía, pero en su trato era agresivo y distante haciéndole sentir poco querido y en ocasiones rechazado por ambos padres, aunque su madre tenía más de demostraciones de cariño con él.

En la adolescencia buscaba consuelo de la mala situación de su casa saliendo con sus amigos a beber licores con alto contenido alcohólico, a veces cuando no tenía permiso de sus padres para salir de casa se escapaba aun sabiendo que la consecuencia de ello eran castigos físicos por parte de ambos padres.

El paciente se autodescribe como una persona trabajadora, extrovertida y emprendedora. Pero que en el ámbito familiar y de pareja ha perdido el dominio, ya no influye como antes ante las decisiones que pueden tomar sus hijos y su esposa, ya no le obedecen y no logra tener una buena relación con su familia, eso lo pone triste así como su problema de salud física.

Por otro lado, considera que para salir adelante en su negocio, le ha ayudado ser práctico, le gusta buscar soluciones rápidas a las cosas, que no le gusta cuando las cosas marchan lento, siente que es poco paciente y que cuando un problema no se soluciona rápido prefiere marcharse y hacer cosas que le gusten o le distraigan.

Por ahora, menciona saber que debe mantenerse tranquilo, sin enojarse y reducir su estrés, que ha aceptado su condición de

salud y desea mejorar realizando todas las indicaciones de los médicos; así como las de su psicólogo para mejorar su sistema familiar.

3.7 DESARROLLO PSICOSEXUAL

Durante su niñez recuerda haber tenido gusto por una niña, pero se ponía nervioso con ella y dejó de acercársele. Después de ello cuando le gustaba alguna compañera o amiga evitaba que se den cuenta para no sentirse nervioso o avergonzado.

El evaluado refiere no haber tenido información sobre sexo, antes de experimentarlo por primera vez, fue con su prima, situación que le generó placer y miedo por un posible embarazo y por lo que dirían sus familiares.

Después de ello sus parejas sexuales han sido, por lo general, conocidas en fiestas, siendo relaciones muy cortas o simples encuentros sexuales.

Al casarse, solo mantenía relaciones sexuales con su esposa, pero ella era poco cariñosa, no le respondía de la forma deseada por lo que “tuve que buscarme una amante que me dé cariño”.

3.8. SUEÑOS

Refiere que en ciertas ocasiones ha tenido dificultad para conciliar el sueño y que por lo general duerme pocas horas. Desde el inicio de su enfermedad cardíaca sus horas de dormir se han visto perjudicadas por molestias en el pecho, lo que no le permite tener un sueño reparador adecuado, presentando fatiga, cansancio y poca energía durante el día.

3.9 HISTORIA FAMILIAR

El examinado proviene de una familia de condición económica baja, oriundos de la provincia de Yauyos – departamento de Lima.

Su padre, Luciano, tiene de 75 años de edad, fue distante, frío, poco afectivo y autoritario. Un padre ausente con poco interés por el bienestar de su familia, solo buscaba satisfacer su necesidad por el alcohol. Abandonó el hogar cuando Julio tenía 12 años de edad.

Su madre, Celina, de 72 años de edad, la describe como una madre agresiva y por lo general ausente, ya que tenía que trabajar todo el tiempo para mantenerlo. Siente que su madre le brindó poco apoyo en sus decisiones, lo criticaba mucho, pero que respeta su manera de pensar y sus costumbres. Mantienen una relación adecuada, de cercanía y protección, ya que su madre se encuentra delicada de salud y necesita cuidados.

Recuerda que la relación entre sus padres fue hostil y tirante, llena de agresiones y peleas iniciadas por su padre quien llegaba en estado etílico y agredía físicamente a su madre y en ocasiones también a él.

Julio es el único hijo de la relación entre sus padres, sin embargo, por el lado paterno tiene diez hermanos, de los cuales, solo con el mayor de ellos se comunica aunque esporádicamente.

3.10 HISTORIA MARITAL

Julio y Cassia se conocen a los 18 años de edad, en la ciudad de Jauja por amigos en común, salían a fiestas patronales y se enamoraron. Tiempo después Cassia viaja a Lima, estando separados, Julio siente que la extraña demasiado y va a su encuentro el 30 de diciembre de 1979. Continúan la relación y empiezan a convivir. En 1982 tienen su primer hijo, dos años después el segundo. En 1989 se casan por la ley civil y religiosa con una gran fiesta en Yauyos, dos años después nace su tercer hijo.

Su esposa, Cassia, de 55 años de edad, “es una mujer segura de lo que quiere, siento que me protege”, se encarga de la casa y también trabaja en el taller. Hace ocho años ella sufrió un accidente de tránsito en el que estuvo al borde de la muerte, estuvo internada aproximadamente tres meses en el hospital Rebagliati; en esa época se entera de la infidelidad de su esposo y decide ya no tener relaciones sexuales con su esposo, y dormir en camas separadas.

En la relación marital ella se muestra distante, su comunicación es sarcástica y constantemente le recuerda su infidelidad mediante mofas, siendo apoyada por sus hijos quienes no perdonan, al igual que la madre, la infidelidad de Julio.

IV. EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO

Descripción Física:

Paciente de 54 años de edad, raza mestiza, contextura promedio (57 kg.) y estatura aproximada de 1.55 m. aparenta su edad cronológica.

Posee el rostro ovalado, tez trigueña, ojos grandes de color marrón oscuro, con tenues ojeras bajo los mismos, nariz ancha, labios gruesos y cabello negro ligeramente ondulado. Respecto a su aspecto es propio de un paciente hospitalizado según las normas de la institución.

Conciencia y Niveles de Alerta:

El paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Adecuado nivel de respuesta que le permite desarrollar las actividades que se le solicitan durante las entrevistas.

Actitud frente a la Evaluación:

Julio se muestra colaborador y con actitud de apertura en el transcurso de las sesiones, brindando la información solicitada. Sin embargo, se mostró ligera resistencia en cuanto al desarrollo de la evaluación psicosexual y acerca de su situación extramarital de infidelidad.

Motricidad, Praxias y Lateralidad

El paciente evidencia una capacidad motora promedio correspondiente a su situación de salud física. Sin embargo, en ocasiones se muestra intranquilo a la espera de alta médica, evidenciándolo con la rapidez de sus movimientos de manos y gestos que acompañan su discurso. Presenta dominio lateral derecho. No se evidencian dificultades en cuanto a praxias simples, complejas o de lateralidad, desde la observación directa.

Atención y Concentración:

El examinado presenta reacciones que van acorde con la realidad que le rodea, evidencia adecuado nivel de atención y concentración en las sesiones, sin embargo, refiere que en ocasiones presenta distraibilidad cuando aumentan los problemas en el hogar.

Procesos Perceptuales:

A la observación, el paciente presenta adecuado desarrollo y estado de los procesos perceptivos en sus tipos: sensibilidad somática, olfativa, gustativa, visual, auditiva y táctil.

Pensamiento:

A lo largo del desarrollo de las sesiones, denota curso del pensamiento ansioso que responde a su situación médica y familiar. Muestra un nivel de abstracción adecuado que le permite elaborar conclusiones respecto a lo que rodea.

Cabe mencionar la presencia de pensamientos recurrentes con respecto a situaciones de peligro relacionados al ámbito hospitalario y al momento de su operación, lo que aumenta su nivel de ansiedad y repercute a nivel somático, señala que no puede evitar esas ideas.

Por otro lado, en lo que corresponde al contenido del pensamiento, en ocasiones este presenta ideas de víctima y de poco autovaloramiento

respecto a su situación de salud física y problemas maritales que hacen referencia a factores del trastorno de adaptación que experimenta.

Lenguaje:

Durante las entrevistas mantiene un lenguaje claro, fluido y en ocasiones verborreico. A lo largo de su discurso se perciben cambios marcados en la inflexión de voz. Evidencia adecuado desarrollo comprensivo y de expresión del lenguaje.

Su lenguaje no verbal va acorde a la intensidad de su discurso, que tiende a ser exagerado cuando se encuentra en estado ansioso.

Funciones Cognoscitivas:

Presenta un nivel intelectual promedio. Evidencia adecuado nivel de pensamiento de tipo abstracto, que le permite sacar conclusiones y reflexionar respecto a lo que le rodea. Evidencia un estado de memoria conservado. Por otro lado, cuando su capacidad de concentración se encuentra afectada por eventos cotidianos presenta olvidos que no afectan su funcionalidad en la rutina diaria.

Afectividad y Estado de Ánimo Predominante:

Se observa cierta variabilidad en su estado de ánimo entre las sesiones. Julio evidencia estados de ansiedad e intranquilidad, que se incrementan cuando se refiere a su estado de paciente hospitalario. Sin embargo, por momentos su ánimo disminuye, denotando congoja y tristeza.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : Julio B.
Edad : 54 años
Fecha de nacimiento : 05 de diciembre de 1960
Lugar de nacimiento : Yauyos - Lima
Procedencia : San Juan de Miraflores
Estado civil : Casado
Grado de instrucción : Secundaria completa
Ocupación actual : Comerciante
Religión : Ateo
Evaluado por : Psicólogo Beltrán Quiñones
Informantes : Sra. Cassia (esposa)

II. MOTIVO DE CONSULTA.

Ante el abordaje Psicológico manifiesta sentirse desconfiado estar en el Hospital ya que quiso estar en otro centro especializado "INCOR".es así que se muestra inquieto y crítico con las atenciones brindadas; asimismo resalta la preocupación por la larga estancia .y no poder retornar a sus actividades diarias.

Denota pensamiento negativo respecto a estar hospitalizado, menciona tener miedo de que empeore su estado clínico, refiere que "amigos míos estuvieron hospitalizados y después de un tiempo fallecieron".

Por otro lado, solicita orientación psicológica por problemas en su relación marital, ya que teme divorciarse de su esposa por haberle sido infiel. Desde que su esposa se enteró de la infidelidad decidió separarse de él, aunque viven en la misma casa. Dicha situación le produce sentimientos de culpa y tristeza, sin embargo, continúa con la relación extramarital debido a que refiere necesitar cariño y apoyo.

III. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

Al examen, presenta estado ansioso de moderado a alto y pensamientos aversivos respecto a su actual condición de salud física, lo que no le permite una recuperación adecuada de su salud. Además de poco control de los impulsos, llevándolo a un Trastorno de Adaptación.

Paciente con aparente estado general adecuado, orientado, atento, ligeramente intranquilo, con dificultad en el sueño, nivel alto de alerta y lenguaje fluido con contenido negativo respecto a su situación física. Expresión facial acorde a la carga emocional de su narración. Ante la evaluación se muestra atento, con iniciativa, pero ansioso con respuestas concretas y reflexivas en ocasiones.

Las respuestas motoras finas y gruesas están en proceso de recuperación, así como la sensibilidad y fuerza en los movimientos de sus extremidades. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas. Socialmente colaborador y solícito con el sexo opuesto.

IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Su sistema familiar fue inadecuado, con un padre alcohólico, poco responsable e infiel y una madre pasiva.

En un periodo de su etapa adulta tuvo problemas con el alcohol de forma crónica.

En el año 2010 perdió una suma considerable de dinero por mal manejo y esto le produjo problemas económicos y discusiones con su esposa.

El año 2011 presentó un episodio depresivo: “no encontraba un refugio, donde acercarme. No me levantaba de la cama” por lo que fue hospitalizado por una semana.

Dos años después le diagnostican Angina en una clínica privada, pero pide su alta voluntaria sin recibir tratamiento.

En una ocasión tiene una discusión con su amante con agresiones físicas cerca de su casa la cual fue presenciada por su esposa y vecinos, acentuando así los problemas en su hogar.

El 24 mayo de este año lo operaron por primera vez del corazón y cuatro días después volvieron a intervenirlo para hacerle un procedimiento de limpieza, ya que había formación de coágulos, procedimiento que se repitió el 5 de junio.

Un día antes de ser hospitalizado estuvo discutiendo con su familia por sentirse insatisfecho con la atención médica y con los resultados de sus exámenes. El día de su hospitalización discutió con su esposa, refiere que ella continuamente le reclama sobre su infidelidad y ello le incomoda demasiado. Fue llevado por emergencia y es internado en cuidados intensivos por presentar un cuadro séptico post operatorio, además de evidenciar síntomas ansioso - depresivos. Refiere que en este internamiento como paciente delicado, se siente solo y se hace más consciente de lo importante que es estar bien con su esposa por lo que solicitó ayuda psicológica para su relación de pareja.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Observación y entrevista directa e indirecta.
- Items del Inventario de Cociente Emocional ICE BARON – NA
- Items del Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE)

VI. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

a) Análisis interpretativo de los resultados

Área cognitiva:

El evaluado presenta un adecuado nivel de sus procesos sensoriales y perceptivos, así como capacidad intelectual promedio. Su estado de memoria se encuentra conservado, sin embargo se puede ver afectado con el aumento de tensión por los problemas que lo aquejan.

Presenta adecuado desarrollo del pensamiento abstracto que le permite formular conclusiones y reflexionar respecto a la realidad que lo rodea. Sin embargo, evidencia pensamientos negativos recurrentes respecto a complicaciones en su estado de salud, lo que le genera estados de ansiedad y depresión.

Área afectiva:

El examinado evidencia carencia afectiva debido a un inadecuado sistema familiar, por lo que busca cubrir esos vacíos evitando la soledad manteniendo una relación extramarital. Emocionalmente se muestra afectado negativamente por estar hospitalizado y con problemas en el hogar, su ánimo es variado con predominio de la tristeza y miedo de consecuencias negativas de su estado de salud.

El evaluado presenta una capacidad de comunicación sincera y franca de su problemática emocional y afectiva ante el examinador. La valorización positiva de su capacidad de labor productiva contribuye en el desarrollo formativo de sus hijos, hoy en día profesionales y trabajadores.

Tiende a estados de ansiedad y depresión ante lo cual no presenta adecuados mecanismos que le permitan el afrontamiento a las dificultades, lo que le generan aumento de tensión repercutiendo negativamente en su condición física.

Los rasgos resilientes de su personalidad genera que se muestre, ante los demás, como una persona valiente, con dominio, emprendedora en la realización de proyectos.

Área socio-familiar:

En este ámbito, presenta antecedentes de un sistema familiar inadecuado, con estilos de crianza negativos para el desarrollo de los lazos afectivos parentales, con figura paterna parcialmente ausente y la figura materna distante.

Actualmente se encuentra en conflicto con su familia nuclear, siendo el principal problema la infidelidad de su parte. Sin embargo, a pesar de la separación física con su esposa, permanecen viviendo en la misma casa y ella sigue respondiendo a sus cuidados debido a su condición delicada de salud.

Ha desarrollado habilidades sociales que le permiten fácilmente relacionarse con sus pares en el ámbito amical, laboral productivo, con sentido de vivir en comunidad.

El evaluado, por un lapso de un mes, estuvo hospitalizado en UCI; pasando desde un estado de gravedad malo con una evolución poco favorable y un pronóstico reservado, con ánimo variable y niveles moderados y altos de ansiedad y depresión hasta una recuperación de su Salud Física y Emocional una manera progresiva en la Hospitalización en el servicio de Cardiología (Evolución Favorable hasta el ALTA del hospital).

VII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y CONCLUSIONES

Diagnóstico: Trastorno de Adaptación. F43.2

Conclusiones

- El Caso Clínico que se expone en este trabajo es de un paciente cardiaco. La elección del tratamiento cognitivo y conductual se da por ser ordenado, claro y directo. Focaliza los patrones profundos de pensamientos irregulares más que los síntomas y cuenta con estrategias aplicables y compatibles con otros enfoques.
- Presenta capacidad intelectual promedio, con adecuado nivel de sus procesos sensoriales y perceptivos.
- Evidencia pensamientos aversivos recurrentes sobre su estado de salud física.
- Emocionalmente abatido por sus problemas de salud y en el hogar.
- Tiende a estados de ansiedad y depresión de nivel moderado a alto.

- Denota desarrollo inadecuado de estrategias de afronte a las dificultades.
- Cuenta con apoyo familiar parcial debido a un inadecuado sistema familiar.

PLAN DE TRATAMIENTO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre : Julio B.
Edad : 54 años
Fecha de nacimiento : 05 de diciembre de 1960
Lugar de nacimiento : Yauyos - Lima
Procedencia : San Juan de Miraflores
Estado civil : Casado
Grado de instrucción : Secundaria completa
Ocupación actual : Comerciante
Religión : Ateo
Evaluado por : Psicólogo Beltrán Quiñones

II. MOTIVO DE CONSULTA

Preocupación del error humano y de mala praxis en su intervención quirúrgica.

Denota pensamiento negativo respecto a estar hospitalizado, menciona tener miedo de que empeore su estado clínico, refiere que “amigos míos estuvieron hospitalizados y después de un tiempo fallecieron”.

Por otro lado, solicita orientación psicológica por problemas en su relación marital, ya que teme divorciarse de su esposa por haberle sido infiel. Desde que su esposa se enteró de la infidelidad decidió separarse de él, aunque viven en la misma casa. Dicha situación le produce sentimientos de culpa y tristeza, sin embargo, continúa con la relación extramarital debido a necesitar cariño y apoyo.

III. OBSERVACIÓN GENERAL

Paciente con aparente estado general adecuado, orientado, atento, ligeramente intranquilo, con dificultad en el sueño, nivel alto de alerta y lenguaje fluido con contenido negativo respecto a su situación física. Expresión facial acorde a la carga emocional de su narración. Ante la evaluación se muestra atento, con iniciativa, pero ansioso con respuestas concretas y reflexivas en ocasiones.

Las respuestas motoras finas y gruesas están en proceso de recuperación, así como la sensibilidad y fuerza en los movimientos de sus extremidades. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas. Socialmente colaborador y solícito con el sexo opuesto.

IV. TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL

Principios generales de la Terapia Cognitiva Conductual (Beck, 1995)

Son estrategias con funciones adaptativas, que han sido modificadas por el ambiente y el aprendizaje.

Las pautas conductuales que comúnmente adscribimos a los rasgos de personalidad, son estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y lo aprendido.

Los diferentes rasgos de personalidad representan importantes diferencias estructurales reflejadas en las creencias o esquemas básicos de cada persona.

- Área a intervenir
- Área afectivo – emocional

Objetivos:

Se establece como objetivos de la intervención psicológica adquirir un modo de afrontamiento efectivo a su situación.

Mejorar el estado de ánimo y disminuir la ansiedad; en suma, recuperar los niveles de funcionamiento previos.

Técnicas:

- 1- Psicoeducación
- 2- Entrenamiento de técnicas paliativas
- 3- Afrontamiento de problemas

Sesión 1:

Psicoeducación.

En este componente se proporciona información acerca de las reacciones comunes a los acontecimientos estresantes. Además, se presenta la base lógica de las técnicas de tratamiento que se van a utilizar. Se informa que el objetivo fundamental de esta intervención es intentar ayudarle a superar el acontecimiento estresante y, al mismo tiempo, procurar que aprenda de lo sucedido.

Se trata de fortalecer a la persona y así fomentar su desarrollo y su crecimiento personal. Por otro lado, también se ofrece psicoeducación sobre problemas y el impacto de los acontecimientos estresantes en nuestras vidas. Se insiste en la utilidad de los problemas para crecer psicológicamente en lo personal.

- **Psicoterapeuta:** “Julio, ¡Buenos Días! ¿Cómo te ha ido?”
- **Paciente:** Todo bien
- **Psicoterapeuta:** Hoy día iniciamos tu tratamiento psíquico, ponte cómodo, presta atención a mis instrucciones que voy a compartir contigo, todo va a depender de ti. Eres tú el que va a procesar el cambio en tú mente y cuerpo.
- **Paciente:** Si
- **Psicoterapeuta:** Ahora, te digo para que sepas que debes y necesitas estar seguro y confiado de ti mismo y con nosotros en la UCI, por 2 razones: primero por el tipo de atención y trato profesional de primera; ya sea médico o no. En segundo lugar la tecnología de punta como ventiladores respiratorios, monitores e insumos vistos como medios de soporte vital para dar un manejo eficaz como corresponde a un hospital

de nivel IV y el abastecimiento total de medicamentos en la cantidad y calidad necesaria para dar un manejo terapéutico del paciente crítico. Por lo tanto, Julio, ¿no crees que hay suficientes razones para sentirse seguro y confiado en la UCI? Las creencias tuyas son que descalifican el tipo de atención por ende se siente mal.

- **Paciente:** Sí, ahora me doy cuenta que donde estoy es un lugar seguro, tiene todo para un paciente delicado como yo. Debo estar tranquilo porque estoy en buenas manos y con todas las condiciones necesarias para recuperarme. Gracias por sus palabras, ya entendí.

- **Psicoterapeuta:** Muy bien, así es como dices. Recuerda todo el personal que labora aquí está altamente capacitado, continuamente son actualizados. Así mismo poseen una vasta experiencia en el manejo de pacientes delicados. Queremos que tengas actitud optimista ante tu tratamiento y el servicio de UCI.

- **Paciente:** Si ya entendí. Gracias

Sesión 2:

Entrenamiento en técnicas paliativas.

Debido a los niveles altos de los síntomas de ansiedad y depresión, se ofrecen estrategias para reducirlos, como el entrenamiento en “respiración lenta”, las “técnicas de distracción” o la de planificación de actividades agradables, para que pueda empezar a experimentar dominio y agrado en determinadas actividades que antes realizaba con normalidad.

- Psicoterapeuta: Hola Julio, hoy desarrollaremos una técnica de relajación que una vez aprendida, luego tú mismo lo harás. Es inocua sin contraindicaciones. Se trata de respirar comprobado su eficacia, empecemos.

Ponte muy cómodo, afloja el total de tu cuerpo, siéntelo y sueltas aquellas tensiones que percibas a nivel de la mandíbula, hombros y otras partes de tu cuerpo. Ahora sí respira despacio, muy despacio en forma lenta. Te das cuenta cuando ingresa el aire que significa vida, armonía, salud .con una duración de 2 a 3 segundos. El ingreso del aire es por una fosa nasal la que escojas. Bien ahora una vez ingresado el oxígeno que representa vida y alimento celular mantenlo durante 2 a 3 segundos. Bien, lo estás haciendo muy bien Julio. Ahora estás completamente relajado y lo que diré a partir de ahora será reincorporado estas instrucciones en tu mente y cuerpo; como verdad y cierto. Mantén tu atención en tu respiración y tú corazón abierto a recibir esta nueva información vitalizadora y que expande tu energía como ser vivo que eres.

Sesión 3:

Afrontamiento de problemas.

Se entrena a la persona en la generación de respuestas problemática, al estilo tradicional. Se pretende que el paciente llegue a percibir el acontecimiento estresante y experimentarlo desde otra perspectiva. Para ello se analiza el papel crucial que ha tenido y tiene la “resolución de problemas”, tanto en nuestra evolución como especie (el ser humano) como en nuestras vidas como individuos concretos.

La estrategia de la “Carta de proyección hacia el futuro”.

En esta tarea, basada en el trabajo de Neimeyer (2000), se le pide a la persona que dedique un tiempo a imaginarse a sí mismo dentro de 10 años (qué piensa que estará haciendo, dónde vivirá, cuál será su trabajo, qué personas habrá en su vida, qué cosas serán importantes para él). Esta tarea debe hacerla al menos durante 10 minutos unos 2 o 3 días. Después, tendrá que escribirse una carta a sí mismo(a) desde el futuro. La carta la escribirá en segunda persona, como si le escribiese una carta a un amigo íntimo o a una persona muy querida. Se presta atención especialmente a aquellos aspectos de la carta que muestran que el paciente empieza a ver “más allá” de la situación actual, a las expectativas que tiene respecto al futuro y a los aspectos positivos. Se enfatiza la evolución del paciente desde el inicio del tratamiento, resaltando la metáfora del acontecimiento estresante como un viaje que la terapia, pero señalando la importancia de empezar a considerar que hay no una de luces y millones de posibilidades de funcionamiento personal y de vida distintas.

ÁREA DE PAREJA

Objetivos

- Eliminar la conducta de culparse así mismo por su infidelidad.
- Aumentar la frecuencia y calidad de la comunicación su cónyuge e hijos.

Técnicas

- Relajación: respiración completa
- Control encubierto: bloquear pensamientos

- Registro de conductas
- Imaginería
- Refutar los pensamientos.

- **Psicoterapeuta:** Buenas tardes Julio; hoy vamos a trabajar la relajación mediante la respiración completa (diafragmática y abdominal), ya que es de suma importancia. Ahora cierre sus ojos, haga tres respiraciones profundas.
- **Paciente:** Cuando respiro, profundamente me relajo y tranquilizo.
- **Psicoterapeuta:** Muy bien, ahora que está relajado muscularmente y mentalmente, vamos desestructurar el pensamiento de culpa hacia sí mismo.
- **Paciente:** me siento culpable con respecto a mi relación de pareja.
- **Psicoterapeuta:** Usted va a bloquear dicho pensamiento de la siguiente manera: “basta”, “alto”, “stop” y “cancelado”. A partir de ahora su propia palabra interna le ayudara mucho.
- **Paciente:** Ya entiendo cuando pienso en que soy culpable bloqueo el pensamiento causante.
- **Psicoterapeuta:** Muy bien, además lo registrará en una libreta toda idea perturbadora, es importante que lo contabilice su frecuencia.
- **Paciente:** Está bien, voy a anotar cada cosa que aparece en mi mente.
- **Psicoterapeuta:** Ahora imagínese de que usted está superando su problema. Véase usted mismo que ya está liberado de estos pensamientos erróneos.
- **Paciente:** Está claro, si entiendo.
- **Psicoterapeuta:** La refutación es objetar, poner en tela de juicio si lo que está pensando es cierto, si tiene evidencias etc. Además ambos tienen una responsabilidad de su relación esté deteriorada o no, ella también puso de su parte.
- **Paciente:** Claro, la culpa es compartida.

- **Psicoterapeuta:** Ahora imagínate que tú estás con tu amante en una situación íntima amorosa y en eso ella empieza a vomitar todo lo que comió, ha manchado la cubrecama, huele a podrido, además te manchó la cara. Tu mente lo cree como si fuese real. Ahora ya lo tienes grabado en tu mente para que lo practiques en la vida real.
- **Psicoterapeuta:** ¿Cómo te sientes?
- **Paciente:** me da asco, me hizo recordar cuando yo estuve muy enfermo vomitando.
- **Psicoterapeuta:** Ya sabes, que tu familia es primero cuidala y cuando vengan pensamientos de ella ya sabes qué hacer.
- **Paciente:** Sí
- **Psicoterapeuta:** Ahora vas a elaborar una lista completa de la nueva forma de comunicación y tu esposa otra lista con tus hijos. Te darás cuentas que son tus reforzadores sociales naturales.
- **Paciente:** Gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruce N. E. (2004) *Autohipnosis contra el dolor*. Madrid: COFAS,S.A
2. Castro Zevallos, J. (2005) *Guías de manejo clínico de pacientes*. recopilación de experiencias del Hospital Dos de Mayo.
3. Hay Louise, L. (1991) *El poder está dentro de ti*, Urano S.A.
4. García Lincea, F. (2009) *Procesos básicos de Gestalt*. Manual Moderno 2da Edición.
5. Sarria Joya, C. (2011) *Batería Neuropsicológica*,Lima: UNMSM.
6. Segúin, C. (2007) *Psicoterapia*.Lima:USMP
7. Marino P. (2007) *El libro de la UCI*, Wolters.Kluwer.
8. Ortiz Cabanillas, P.,(2006) *Introducción a la Medicina Clínica II El examen Psicológico Integral*. Lima: U.N.M.S.M
9. Vela Velásquez, C. (2012) *Evaluación de la calidad de atención de un servicio de salud desde el punto de vista de los usuarios* Lima: U.N.M.S.M
10. Vincent Peale, N. (1970) *Mensajes inspirados para la vida diaria y confortando el dolor*. México : GRIJALBO
11. Llaja Llaja, V. (2009) *Manual Técnico de Maslach&Jackon* –Muestra Peruana. Lima: U.N.M.S.M.

ANEXOS

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE ZUNG

Nombre:

Fecha: Edad: Sexo:

	INDICE EAA			
	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NÚMERO DE VECES	LA MAYORÍA DE VECES
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre.				
2. Me siento con temor sin razón.				
3. Despierto con facilidad o siento pánico.				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
8. Me siento débil y me canso fácilmente.				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11. Sufro de mareos.				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16. Orino con mucha frecuencia.				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes.				
18. Siento bochornos.				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche.				
20. Tengo pesadillas.				

*** Cabe destacar que solo algunos ítems se aplicó al paciente delicado por sus características clínicas de UCI.**

INVENTARIO DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre:

Fecha: Edad: Sexo:

	INDICE EAMD			
	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	GASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído.				
2. Por las mañanas me siento mejor.				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Aún tengo deseos sexuales.				
7. Noto que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñado.				
9. El corazón me late más rápido que antes.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente está tan despejada como siempre.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo confianza en el futuro.				
15. Estoy más irritable que antes.				
16. Encuentro fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Encuentro agradable vivir.				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
20. Me gustan las mismas cosas que antes.				

* Cabe destacar que solo algunos ítems se aplicó al paciente delicado por sus características clínicas de UCI.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

**EVALUACIÓN PSICOLOGÍA
DEL PACIENTE CRÍTICO
(ESCALA DE GLASGOW)**

Nombre: _____ Fecha: _____ Examinador: _____

1. Nivel de Conciencia

Apertura de los ojos

- 4. Espontánea ()
- 3. Respuesta al habla ()
- 2. Respuesta al dolor ()
- 1. Ninguna ()

Subtotal _____ / 4

Mejor Respuesta Motora

- 6 Obedece mandato ()
- 5 Localiza (dolor) ()
- 4 Retira (dolor) ()
- 3 Flexión Anormal ()

2 Respuesta de Extensiones ()

1 Ninguna ()

Subtotal _____ / 6

Respuesta Verbal

- 5 Orientada ()
- 4 Conversación confusa ()
- 3 Palabras inapropiadas ()
- 2 Sonidos incompresibles ()
- 1 Ninguna ()

Subtotal _____ / 5

Puntaje Total _____ / 15

Interpretación del puntaje total

- 13 – 15 lesión leve ()
- 09 – 12 lesión moderada ()
- 03 – 08 lesión severa ()

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

FICHA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA FAMILIAR

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. H.: _____
 Observaciones: _____ Sexo (F) (M) Nivel de instr: _____
 Ocupación: _____ Fecha de ingreso: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	de Cama: _____ Fecha de Eval: _____	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Baión- Bandera-Arboi) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)		ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO diferido (Máx.3)
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		LENGUAJE (Máx.9)
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia		Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)

FICHA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA-FAMILIAR

1. DATOS PERSONALES

Nombre:.....
Nº de Seguro: Edad: Sexo (F) (M) Nivel de Instr:
Ocupación: Estado Civil: Fecha de Ingreso:.....
Servicio: Nº de Cama: Fecha de Eval.:
Dx.
Médico:.....

2. MOTIVO DE INTERVENCIÓN

.....
.....

3. CONSTITUCIÓN FAMILIAR

.....
.....
.....
.....

4. CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

.....
.....
.....
.....

5. CONCLUSIONES Y/O DX FAMILIAR

.....
.....
.....

6. RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

BIBLIOGRAFIA:

INVESTIGACIONES



HNERM -RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

ENCUESTA AL FAMILIAR DE LA UCI 2C

Fecha:.....ParentescoEdad del encuestado.....
Sexo:..... Ocupación: Grado de Instrucción:
Tiempo de hospitalización:..... Servicio: Cama:

Conteste Ud. Marcando con una aspa la alternativa que considere conveniente:

- 1.- ¿Recibió Ud. Orientación sobre las normas del servicio?
SI NO
- 2.- ¿Conoce Ud. el tipo de atención que se brinda a los pacientes de la UCI 2C ?
SI NO
- 3.- En caso que su familiar hubiera necesitado algún procedimiento (traqueotomía, cirugía, etc) ¿cree Ud. Que se le habría localizado para informarle?
SI NO
- 4.- ¿En la información que ha recibido por parte del médico, se ha incluido el pronóstico, es decir el estado de gravedad de su familiar?
SI NO
- 5.- ¿Le han explicado el tratamiento médico que su familiar ha recibido?
Mucho Bastante Regular Poco Muy poco
- 6.- ¿Cree Ud. Que la información cambia según el médico que le atiende?
Mucho Bastante Regular Poco Muy poco
- 7.- La atención brindada por el personal médico fue:
Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
- 8.- La atención brindada por el personal de enfermería fue:
Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
- 9.- La atención brindada por el psicólogo fue:
Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
- 10.-El personal de la UCI 2C se ha preocupado por su familiar:
Mucho Bastante Regular Poco Muy poco
- 11.-¿En caso de haber querido hablar con el médico fuera del horario habitual de información; cree Ud. Que le habría resultado?
Muy fácil Fácil Poco fácil Difícil Muy difícil
- 12.-El personal se mostró dispuesto a ayudarlo cuando requirió alguna información
Mucho Bastante Regular Poco Muy poco

13.-¿Cómo calificaría el horario de visita a su paciente?

Adecuado Inadecuado

14.-¿La limpieza y orden de los ambientes de la UCI 2C fue?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

15.-¿Cómo calificaría la ropa hospitalaria? (sábanas, colchas, frazadas, batas, etc.)

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

16.-En conclusión ¿Cómo considera Ud. Los cuidados que hemos brindado a su familiar durante su estancia en la UCI 2C?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Por qué? (la razón principal)

17.-¿Cómo le ha parecido en conjunto, el trato que le han prestado el siguiente personal?

Médico:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Psicólogo:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Enfermera:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Técnico de Enfermería:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Vigilante:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Comentarios y/o Sugerencias

😊 Cuando el paciente está lúcido; entender que el temor y los sentimientos depresivos son normales ante la enfermedad; ante las múltiples conexiones, monitores, etc. incluso al enterarse de su diagnóstico; que se pueden disminuir; aliviando su sufrimiento. El apoyo familiar, el consejo psicológico, sirven para esta situación. Eludiendo el diálogo con el paciente no se evita su tristeza por el contrario, puede aumentarla.

😊 Si la evolución es desfavorable y el pronóstico es sombrío:

No se angustie; piense en el paciente; en su sufrimiento.



😊 Converse con los familiares mas cercanos el estado real; en base al informe que le dio el médico.

😊 Intente manejar sus emociones; creando un clima familiar de comprensión y solidaridad; apoyando al miembro mas débil.

Solicite apoyo psicológico

😊 Piense que la mejoría del paciente, no sólo depende del Equipo

su colaboracion.

😊 Colabore con el personal que asiste a su paciente, tanto ustedes como nosotros tenemos una meta común:

La curación de su familiar.



Reflexión

Un anciano iba al hospital a tomar desayuno todo los días con su esposa que tenía Alzheimer avanzado; al preguntarle porque; Él respondió:- "Ella ya no sabe quién soy. Hace cinco años que no me reconoce"; pregunté -Y si ya no sabe quién es usted, ¿por qué está con ella todas las mañanas? Y dijo: "Ella no sabe quién soy yo, pero yo todavía sé muy bien quién es ella."

"El verdadero amor no se reduce a lo físico ni a lo romántico. El verdadero amor es la aceptación de todo lo que el otro es, de lo que ha sido, de lo que será y de lo que ya no es"

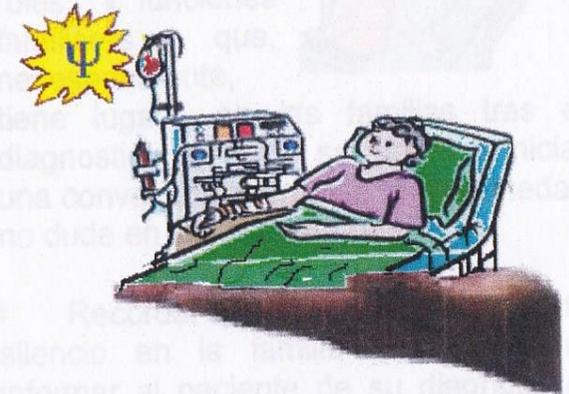
Nunca prives a nadie de la esperanza; puede ser lo único que una persona posea

SERVICIO DE PSICOLOGIA - UCI 2C

SERVICIO DE PSICOLOGIA H.N.E.R.M. - ESSALUD

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

"UCI 2-C"



2014

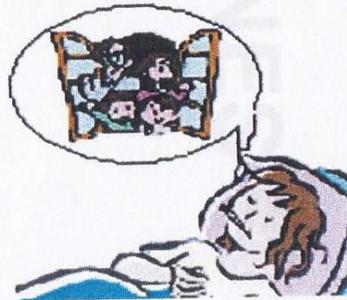
FRENTE AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI - 2 C

- 😊 Por favor, lea atentamente estos consejos antes de pasar a ver a su familiar. Se trata de normas fáciles de cumplir y que pueden ayudarlo de manera muy importante.
- 😊 Antes de dirigirse a hacer una visita a un familiar o amigo en el hospital, debe informarse sobre las horas de visita y sobre todo si el paciente tiene autorización para recibir visitas (comuníquese con el familiar responsable).
- 😊 Respetar los avisos o carteles de silencio y las normas de atención y visitas; propias del servicio de UCI.
- 😊 No visite al paciente; si está resfriado o con cualquier enfermedad contagiosa, sea responsable y más considerado con el enfermo.
- 😊 El tiempo de visita, es corto y no debe prolongarse aunque el propio paciente sea quien lo reclame. Dice el protocolo que media hora es un promedio apropiado, dependiendo de



operado solamente de cinco a diez minutos serán suficientes. Así respetará lo que dice el refrán "Como visita de médico".

- 😊 Cuando ingrese al ambiente, hágalo con una sonrisa, evite una expresión de asombro, miedo, desconfianza, por las conexiones, el estado del paciente u otros pues puede dañarlo (recuerde el paciente esta muy sensible).
- 😊 Procure no fatigar a su familiar, abrumándolo con preguntas sobre su estado de salud.
- 😊 Piense que las visitas constituyen el único soporte afectivo que el paciente requiere para aferrarse a la vida. Procuremos apoyarlo y aprovechar estos momentos para estimularlo y mejorar su estado de ánimo.
- 😊 Tenga presente que su recuperación depende de los aspectos auto formativos que tienen que ver con el deseo de vivir y no darse por vencido frente a la adversidad. ¡Aliéntelo!
- 😊 Háblele siempre en términos positivos y de confianza. Contenga sus emociones, y no



er, incluso cuando el paciente está inconsciente.

- 😊 Intente orientarlo sobre la fecha, el día y la hora; así como de los sucesos que le hagan estar en contacto y unido a su entorno familiar, con frecuencia los pacientes en UCI pueden desorientarse.
- 😊 No le hable de problemas, ni de preocupaciones. La angustia, el estrés y la depresión, pueden alargar la permanencia en UCI e incluso empeorar el cuadro.
- 😊 El diálogo abierto en la familia facilitará la estructuración de roles y funciones familiares que, necesariamente, tiene lugar en las familias tras el diagnóstico. si nadie se atreve a iniciar una conversación acerca de la enfermedad no dude en ser el primero.



- 😊 Recordar que crear un ambiente de silencio en la familia y deciden no informar al paciente de su diagnóstico, no hace mas que crear desconfianza, soledad y desconcierto en el enfermo, además de generar una tensión en la familia. si el enfermo desea tener información médica la familia podría

CARTILLA DE COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA PARA FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI

Servicio de Psicología
Dpto. Cuidados Intensivos del HNERM

Julio, 2014

Lea atentamente estos consejos antes de pasar a ver a su familiar, se trata de pautas muy fáciles de cumplir y que pueden ayudar a su familiar de manera importante.

El personal asistencial le da las gracias por su colaboración.

I. SOPORTE AFECTIVO – EMOTIVO:

- 1.1. Debe usted estimular táctilmente al paciente: la familia tocará al paciente dándole muestras de su afecto para obtener un beneficio calmante y confortador.
- 1.2. Debe otorgarle palabras de aliento y expresiones afectivas positivas como: **“te queremos”, “estamos aquí contigo”, “todo va a salir bien”, “vas a recuperarte pronto”, “sé que estas poniendo de tu parte”, “acá te cuidarán bien”**.
- 1.3. Se estimulará visualmente a través de cartas de familiares, álbumes de fotos, estímulos de los niños del grupo familiar o pequeños recordatorios afectivos (estampitas, reflexiones espirituales, pensamientos, etc.)

II. SOPORTE COGNITIVO – PRODUCTIVO:

- 2.1. Estimulación cognitiva a través de información social sobre orientación del tiempo: día, mes, año, estación.
Orientación espacial: donde se encuentra, nombre del hospital, piso, nombre de sus médicos.

2.2. Información de acontecimientos del medio: políticos, sociales, deportivos y religiosos. Noticias seleccionadas diariamente que estimulen su estado de ánimo y le permitan estar en contacto con el mundo externo.

III. SOPORTE CONATIVO – VOLITIVO:

- 3.1. Háblele siempre en términos positivos y de confianza. Contenga sus emociones y no exprese pena ni desolación delante de él, incluso estando inconsciente.
- 3.2. Tenga presente que la recuperación de su familiar depende de los deseos de vivir y de luchar que tenga.
- 3.3. No olvide que sus palabras son la medicina para reconfortarlo en el dolor.
- 3.4. Fortaleciendo el sentido de vida y sufrimiento:
 - a. Parafrasee con el paciente los siguientes acondicionadores o elevadores del pensamiento y espíritu (son pasajes bíblicos que fortalecen su entereza y su capacidad para revertir la adversidad.

“NO TEMAS QUE YO ESTOY CONTIGO, NO DESMAYES QUE YO SOY TU DIOS, YO TE FORTALECERÉ Y VENDRÉ EN TU AYUDA Y CON MI DIESTRA VICTORIOSA TE SOSTENDRÉ” (Isaías 41:10)

“OS DIGO, PUES: PEDID Y SE OS DARÁ, BUSCAD Y HALLARÉIS; LLAMAD Y SE OS ABRIRÁ PORQUE QUIEN PIDE RECIBE, Y QUIEN BUSCA HALLA Y AL QUE LLAMA SE LE ABRE” (Lucas, 11:9,10)

“EL DA VIGOR AL FATIGADO, MULTIPLICA LAS FUERZAS DEL DÉBIL”
(Isaías 40:29)

“EL SEÑOR ES MI LUZ Y MI SALVACIÓN: ¿A QUIÉN TEMER? EL SEÑOR ES EL BALUARTE DE MI VIDA: ¿ANTE QUIÉN TEMBLAR?” (Salmos 27:1)

“DÍJOLE JESÚS: ¡SI PUEDES! TODO ES POSIBLE PARA EL QUE CREE”.
(Marcos, 9-23)

“ESFUÉRZATE, PUES, Y TEN VALOR; NADA TE ASUSTE, NADA TEMAS, PORQUE EL SEÑOR TU DIOS, IRÁ CONTIGO A DONDE QUIERA QUE TU VAYAS” (Josué, 1:9)

“YO HE VENIDO PARA QUE TENGAN VIDA, Y LA TENGAN ABUNDANTE”
(Juan, 10:10)

“VENID A MI TODOS LOS QUE ESTAIS FATIGADOS Y CARGADOS, QUE YO OS ALIVIARÉ” (Mateo, 11:28).

“LO QUE ES IMPOSIBLE A LOS HOMBRES ES POSIBLE PARA DIOS”
(Lucas, 18:27).

b. Finalmente reflexione con él para reforzar sus motivos:

VALORANDO EL SENTIDO HUMANO:

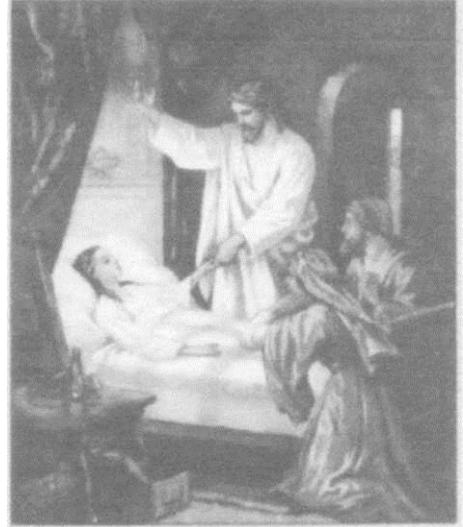
¿Qué hubiera pasado si el ser que más ama estuviera en su lugar?; ¿Para qué será que está pasando toda esta situación de enfermedad?:

- Para saber que lo amamos.
- Para elevar aún más su espiritualidad y crecer como ser humano.
- Para valorar la unión familiar y a los seres queridos que nos necesitan.

CARTILLA DE COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Lea atentamente estos consejos antes de pasar a ver a su familiar, se trata de pautas muy fáciles de cumplir y que pueden ayudar al paciente de manera importante. El personal asistencial le agradece su colaboración.

- Estimule con el tacto al paciente: la familia tocará al paciente dándole muestras de su afecto para obtener un beneficio calmante y confortador.
- Ofrezca palabras de aliento y expresiones afectivas positivas como: "te queremos", "estamos aquí contigo" "todo va a salir bien", "vas a recuperarte pronto", "sé que estás poniendo de tu parte", "acá te cuidarán bien".
- Estimulación cognitiva a través de información social sobre orientación de tiempo: día, mes, año, estación. Orientación espacial: dónde se encuentra, nombre del hospital, piso, nombre de sus médicos.
- Información de acontecimientos del medio: políticos, sociales, deportivos y religiosos. Noticias seleccionadas diariamente que estimulen su estado de ánimo y le permitan estar en contacto con el mundo externo.
- Háblele siempre en términos positivos y de confianza. Contenga sus emociones y no exprese pena ni desolación delante de él, incluso estando inconsciente.
- Tenga presente que la recuperación de su familiar depende de los deseos de vivir y de luchar que tenga.
- No olvide que sus palabras son la medicina para reconfortarlo en el dolor. Fortalezca el sentido de vida y sufrimiento:
- Parafrasee con el paciente los siguientes acondicionadores o elevadores del pensamiento y espíritu (son pasajes bíblicos que fortalecen su entereza y su capacidad de resistencia para revertir la adversidad):



**"Lo que es imposible a los hombres es posible para Dios"
(Lucas, 18:27)**

Psicología 2C- UCI

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE ATENCION EN LA UCI 2C 4TO TRIMESTRE 2013

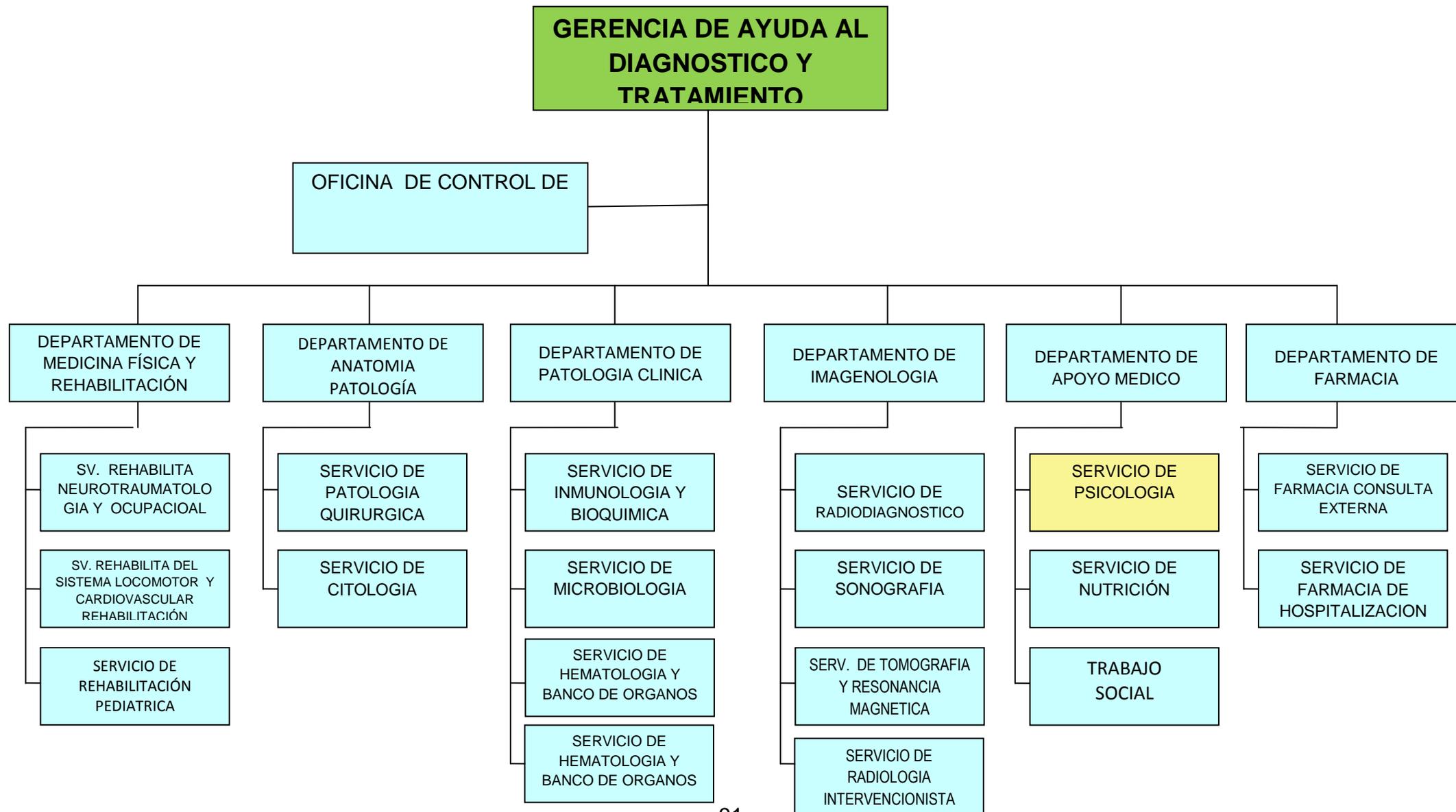
Constituida por una encuesta dirigida a 85 personas que fueron familiares directos de los pacientes hospitalizados de la UCI 2C. De los cuales son 17 ítems tipo Likert Para que marque la opción que elija.

La primera parte mide la satisfacción de la atención sanitaria por los distintos profesionales, obteniéndose mas del 88 % de familiares satisfechas por la atención recibida; mientras la segunda parte evalúa el trato y la empatía hacia los familiares ; cuyo resultados fue mas del 92%. de familiares satisfechos con el buen trato recibido y al final dejaron sus sugerencias ,agradecimientos y sus comentarios.

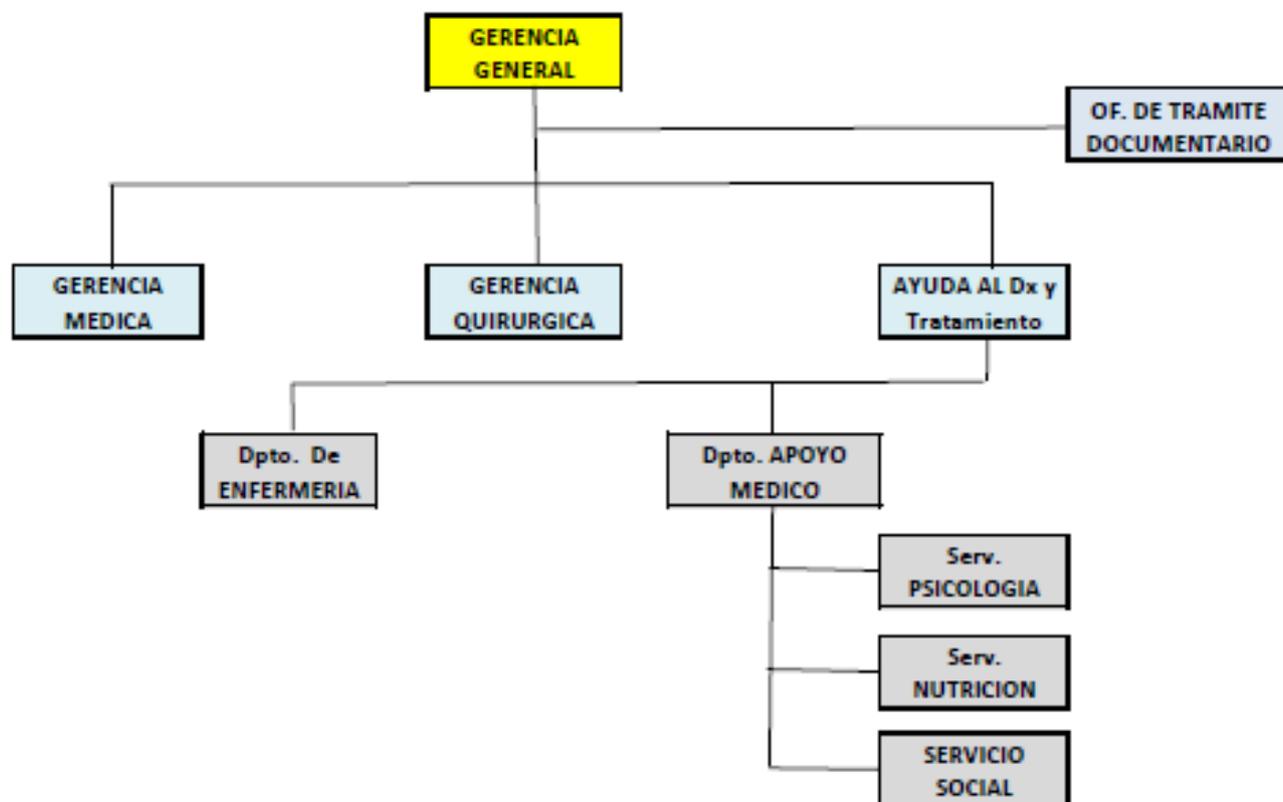
Aquella Encuesta se realizó el último trimestre del 2013 y fueron procesados los resultados y fueron los ya mencionados arriba.

La aplicación y procesamiento de la encuesta de satisfacción; fue realizada por el Psicólogo Beltrán Quiñones Jáuregui.

. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI



ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LA GERENCIA DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO



FLUJOGRAMA DE ATENCION EN PSICOLOGIA

