

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno de adaptación mixto de ansiedad y depresión en paciente

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

César Ernesto Pinglo Gutiérrez

LIMA – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A mi familia, a pesar de la distancia, gracias por todos los momentos vividos, momentos llenos de sentimientos y pensamientos compartidos.

A mi esposa, agradeciendo humildemente a Dios, por ponerte en mi camino, por su apoyo incondicional y de unirte a mi destino, eres la compañera eterna y fiel, de mi dolorosa existencia.

Para la Mg, Gloria Díaz Acosta, por su invalorable apoyo Profesional, calidad humana y su notable comprensión durante el desarrollo del presente trabajo.

INDICE

INTRODUCCION……..…..……..5

CAPITULO I

INFORMACION GENERAL……..……..……7

I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

1.1 Nombre del Hospital……8
1.2 Ubicación y Dirección……..8
1.3 Características de la Infraestructura…….8
1.4 Historia del Hospital……....9
1.5 Historia del Servicio del Hospital……..……..13

II. GESTION INSTITUCIONAL

2.1 Visión Institucional……..……..15
2.2 Misión Institucional…….……15
2.3 Principios de la Seguridad Social……..…….……16

III. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

3.1 Visión……17
3.2 Misión……...17
3.3 Infraestructura del Servicio de Psicología……..17
3.4 Horarios de Trabajo……...17
3.5 Recursos Humanos……...18
3.6 Estructura Funcional……..19
3.7 Organización Funcional……20

3.8 Objetivos…….…….....21
3.9 Estadística General 2012 – 2013 del Servicio de Psicología…….22

IV. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

4.1 Nombre……..…….26
4.2 Visión…….....26
4.3 Misión……..…….26
4.4 Descripción……..…….……..26
4.5 Objetivos Generales…….…….....26
4.6 Objetivos Específicos…….....27
4.7 Estadística Individual 2012. 2013……27

V. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

5.1 Aspectos Psicológicos en el Paciente con Cancer 34
5.1 Manual de procedimientos de psicología……..……42
5.2 Instrumentos de Evaluación……..……59

CAPITULO II

Caso clínico..…….65
Informe psicológico…….……75
Plan de tratamiento……..80

CONCLUSIONES……..……..……85

BIBLIOGRAFIA……..……..……87

ANEXOS……...…….89

INTRODUCCIÓN

La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado.

La asistencia psicológica a pacientes con cáncer y a sus familiares está indicada en los distintos momentos de la evolución de la enfermedad. Cada una de las fases de ésta se caracteriza por unos estresores específicos y las estrategias a utilizar pueden variar. Los objetivos de la intervención en cada fase son generales y será necesario dar un abordaje personalizado en cada caso teniendo en cuenta la situación personal de cada paciente y el tipo de cáncer que padezca.

Con el objetivo de aumentar la calidad de vida y disminuir los efectos secundarios derivados del estrés, el trabajo del Psicológico en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Rebagliati, tiene como finalidad mejorar el bienestar físico y psicológico; promoviendo la adhesión terapéutica, adaptación a la enfermedad, apoyo social, el control de síntomas psíquicos y físicos, educación en habilidades de afrontamiento, apoyo emocional a los pacientes, a sus familias y a los profesionales que los cuidan. El paciente es la *piedra angular* del tratamiento, sin embargo la familia y su entorno influye de manera fundamental sobre la vivencia del dolor.

El presente Trabajo en el Ámbito Clínico trata sobre lo vital, lo existencial del paciente, cuando estamos cara a cara con el sufrimiento y el doloroso misterio de la muerte, no solo se debe modificar la eficacia profesional sino también lo HUMANO, por lo que esta no es una invitación a recorrer solo planteamientos teóricos y científicos.

Es así, como el paciente experimenta una pérdida irreparable que para muchos es la más desbastadora de sus vidas, debido a que bruscamente pasa a ser una persona que depende de los demás, para sus movimientos, alimentación, cuidados corporales, aumentando sus sentimientos de desamparo, miedo y anulación de la oportunidad para aligerar su carga afectiva.

Por otro lado, se debe entender que el paciente como todo ser humano tiene necesidades, deseos de afecto, reconocimiento, independencia, esperanza y particularmente amor propio.

Desde el punto de vista Psicológico, el abordaje terapéutico está orientado a la preparación de los familiares, quienes deben encarar éstos problemas, muchos no están preparados para afrontar dentro del círculo familiar, otros tienen poca comprensión que llevan a incrementar los sentimientos de soledad, de herida y rechazo.

En éste caso no sólo es importante el deterioro físico, sino el HUNDIMIENTO de toda su personalidad, en lo intelectual, expresivo y gestual.
En una Sociedad como la actual, en la cual es importante “el que produce”, el paciente con cáncer puede convertirse en un marginado, porque es considerado, sin razón, inútil y no se da cabida al hombre doliente.

En éste sentido, el paciente oncológico requiere ser abordado y tratado considerando factores fisiológicos, psicológicos y sociales en su conjunto; que para su entendimiento requiere necesariamente una aproximación multidisciplinaria y un enfoque holístico en el cual participan profesionales de las ciencias médicas, de salud y sociales.

CAPITULO I

INFORMACIÓN GENERAL

- Nombres y Apellidos:

  César Ernesto Pinglo Gutiérrez

- Lugar donde labora:

  Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

- Años de experiencia en el Hospital:

  28 años y 5 meses

- Horario de trabajo:

  Lunes a Sábado de 8:00 a 14:00

- Área donde desempeña funciones:

  Servicio de Oncología Médica

I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

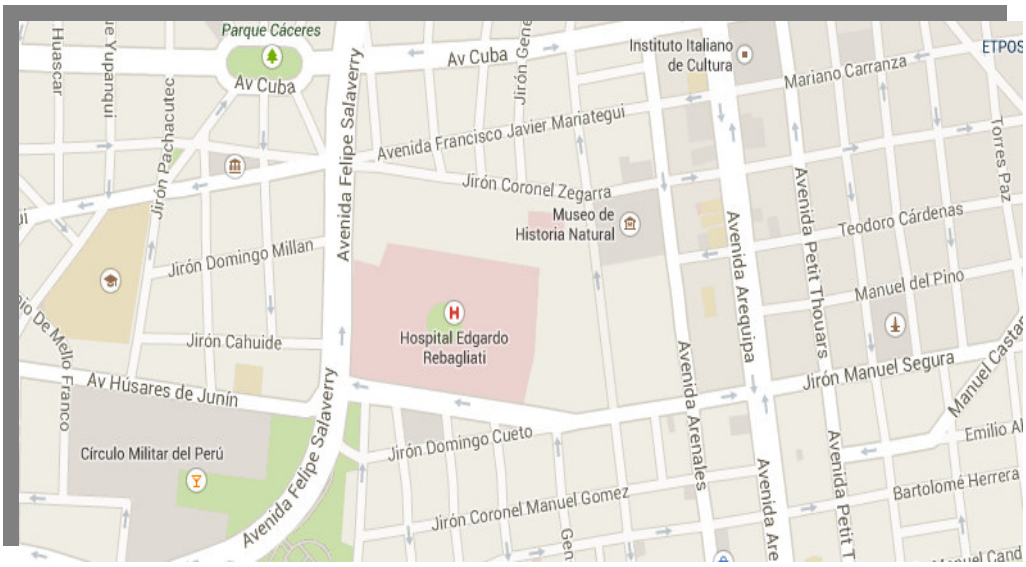
1.1 Nombre del Centro:

Red Asistencial Rebagliati del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) - Hospital Edgardo Rebagliati Martins (HERM)

1.2 Ubicación y Dirección del Centro:

Av. Rebagliati 490, Distrito de Jesús María – Lima, Perú.

Imagen 1. *Mapa de la ubicación geografica del HERM*



1.3 Características de Infraestructura

El Hospital consta de un conjunto de edificios de 14 pisos y sótano: en el sótano se ubican los Consultorio Externos del área de rehabilitación; en el primer nivel se ubican los Consultorios Externos de las diferentes especialidades, Farmacia, Módulo de Citas, Laboratorio Central, Banco de Sangre, Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, Rayos X, Áreas especificas de Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Acelerador lineal, Área de Pediatría y Emergencia. Del 2° piso en adelante son de hospitalización, siendo 2 pisos para pediatría.

Imagen 2. *Vista Panoramica del HERM*



1.4 Historia del Hospital

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud es un Hospital de III 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 1 500 pacientes hospitalizados y en las instalaciones de consulta externa ofrece 40 000 consultas mensuales. Su primer director fue el doctor Guillermo Kaelin De la Fuente, eminente médico de nuestro país, a quien en el año 1999 se rindió un justo homenaje designando al auditorio principal de nuestro hospital con su nombre, para perennizar el reconocimiento de todo el personal. Este imponente edificio fue declarado en el año 2008, como “Patrimonio Arquitectónico de la Seguridad Social del Perú”.

A principios de 1935, el doctor Edgardo Rebagliati, especialista en derecho laboral, fue encargado por el general Benavides para que hiciera un estudio integral de los diversos sistemas de Seguro Social que existían en el mundo, con incidencia en aspectos asistenciales y de financiamiento, para optar fórmulas que descartaran los factores que habían hecho fracasar la valiosa conquista social en otros países.

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N° 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El 19 de noviembre de

1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N° 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado. Con la llegada al Gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inicia un proceso de fusión progresiva de los seguros del obrero y el empleado. El 1º de mayo de 1973 se promulgó el Decreto Ley N° 19990.

Terminado el trabajo preparatorio, el 12 de agosto de 1936, se promulgó la ley Nº 8433 que establecía el Seguro Social Obrero para cubrir riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Se procedió luego a la instalación de las oficinas de la Caja Nacional del Seguro Social con sus organismos administrativos y servicios técnicos, estadística, inspección, control y contabilidad, así como los de dirección médica general y de los departamentos médicos de maternidad y lactancia, tuberculosis, paludismo, estadística de la natalidad, morbidez y mortalidad obrera, central de farmacia y laboratorio.

El Seguro Social Obrero se convertía así en una realidad de alto contenido de justicia social. Luego, en los años 50, el doctor Rebagliati, al mando de un grupo de destacados especialistas en derecho laboral, implementaría el Seguro Social del Empleado.

En el distrito de Jesús María por el año 1951 se empezó la construcción de un imponente edificio en un terreno que originalmente 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 los Estados Unidos Edgard D. Stone y A.L. Aydelott quienes tenían en sus manos un verdadero reto de ingenio arquitectónico que costaría 12 millones de dólares.

El Hospital Rebagliati, fue fundado con el nombre de Hospital Central de Seguro Social del Empleado el 3 de noviembre de 1958 cuando era Presidente de la República, don Manuel Prado Ugarteche, y ocupando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se encontraba el Doctor Francisco Sánchez Moreno.

Al abrir sus puertas tuvo como director al doctor Guillermo Kaelin De la Fuente y contaba con 466 camas y 167 trabajadores en las especialidades de

maternidad, laboratorio clínico, banco de sangre, rayos X, farmacia, consulta externa, emergencia y sala de operaciones. Estaba equipado con modernos equipos médicos.

Con la puesta en marcha del Hospital del Empleado se abrieron las puertas del desarrollo de la ciencia de la salud por lo que surgieron la Escuela de Enfermería, el Laboratorio Clínico y los Servicios de Dietética y Medicina Física y Rehabilitación.

Durante el gobierno del general Juan Velasco Alvarado, la Seguridad Social fue reorganizada y se eliminó la distinción entre obreros y empleados. Un 27 de noviembre de 1975, el hospital del Empleado pasó a ser el Hospital Central Nº 2 iniciando una nueva etapa en su historia. El nombre que actualmente lleva este nosocomio lo adquiere en 1981 en reconocimiento a uno de sus gestores.

Han pasado más de 50 años y el hospital Rebagliati marca la pauta en lo que a atención altamente especializada se refiere, 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.
Cuenta con alrededor de 1 millón 700 mil asegurados adscritos que son atendidos por más de 5 mil trabajadores asistenciales y administrativos. Es el hospital que lidera la Red Asistencial Rebagliati, compuesta por 23 centros asistenciales y su gerente es la doctora Malú Arias Schreiber Barba.

Es protagonista de importantes capítulos en la historia médica del país porque es el centro asistencial que ha realizado más trasplantes renales y de médula ósea, es pionero en el implante 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.

Nuestros especialistas han introducido modernas técnicas, como el tratamiento quirúrgico en la enfermedad del Parkinson, en endoscopía cerebral, cirugía oncológica, cirugía ginecológica por laparoscopía, cirugía de columna vertebral

y en problemas Neuroquirúrgicos con el uso del Neuronavegador. Durante el primer año de gestión, se han realizado importantes adquisiciones: un tomógrafo de 128 cortes, único en la Seguridad Social, la reubicación correcta de equipos como la Cámara Gamma, el Pet Scan y el HDR (equipo de Braquiterapia, para acortar tiempo de hospitalización de pacientes con implantes radioactivos) que en los próximos meses serán puestos al servicio de la comunidad asegurada.

Continuamos a la vanguardia de la salud peruana dándole vigencia a la responsabilidad asumida desde su inicio con la docencia y la investigación para el beneficio y el desarrollo de los futuros profesionales en Medicina Humana de nuestro país. Actualmente, se ha aumentado la oferta de especialidades y subespecialidades de 48 a 57, lo que convierte al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el centro de formación médica más importante y de más alto nivel en el país

Mención aparte merece el esfuerzo puesto en la capacitación pues en una apuesta progresiva por la descentralización de la salud, la Seguridad Social del Perú ha otorgado a la Red Asistencial Rebagliati, 230 plazas para formar a médicos especialistas a través de nuestro Programa de Residentado Médico que se desarrolla en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y en diversos centros de la red.

El Servicio de Oncología Médica se creó en el año 1974, con el nombre de Servicio de Quimioterapia Oncológica, el 16 de Setiembre del mismo año, cambia de nombre por Resolución Suprema N°.248-74-TR con el nombre de Servicio de Oncología Médica. El Precursor de esta idea fue el Dr. Leonardo Adachi y se funda con 2 Médicos: el Dr. Leonardo Adachi como Jefe de Servicio y el Dr. Luis Riva Gonzales como Médico Asistente. Nace como un Servicio Asistencial, único a nivel nacional en la Seguridad Social, los pacientes eran referidos de todo el País. A partir del año1995 el Servicio de Oncología Médica, se convierte en Servicio Asistencial, Docente y de Investigación Científica de reconocimiento Internacional.

Posteriormente en el año 1998, estructuralmente se forma el Departamento de Oncología Médica y Radioterapia. Cabe mencionar que en el Servicio de Oncología Médica tiene en su Staff Médico al Dr. Edgardo Salinas Alva, quien se brinda a los pacientes con gran calidad humana y goza de gran experiencia y prestigio internacional.

1.5 Historia del Servicio de Psicología del Hospital

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 Ríos, Docente Universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología.

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 Zaida 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: a Medicina Física y Rehabilitación, así como interviniendo en áreas de conflicto a nivel del 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 y 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 y 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 de30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Dr. Luis Amilcar Estrada de los Ríos, solicita su pase al retiro, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta. Luego de algún tiempo la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades a fin que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento de Psicología es reestructurado, quedando 2 Servicios: (1) El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Ps. María del Carmen Torres y (2) El Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta.

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. Se debe 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.

El servicio de Psicología ha alcanzado un alto grado de especialización y desarrollo, en la actualidad se brinda atención y Tratamiento Psicológico a las diversas Áreas del Hospital con gran capacidad y experiencia profesional, entre los que se encuentran Medicina Física y Rehabilitación, Salud Mental, Oncología, Hematología, Unidad de Trasplante de Medula Ósea, Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, Psicología Infantil, Emergencia Pediátrica, Nefrología, Neurología, Traumatología, UCI, UCIN, entre otros

Actualmente la Red Rebagliati cuenta con 59 psicólogos, 36 de los cuales laboran en 31 Servicios del Hospital y el resto en los Centros Asistenciales de la Red.

II. GESTION INSTITUCIONAL

2.1 Visión institucional

“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

2.2 Misión institucional

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

2.3 Principios de la seguridad social

La Seguridad Social Integral se basa en los siguientes principios:

- **Universalidad**

Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por esta Ley, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.

- **Solidaridad**

Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema.

- **Integralidad**

Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del Sistema.

- **Unidad**

Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo.

- **Participación**

Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el Sistema de Seguridad Social Integral.

- **Autofinanciamiento**

Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.

- **Eficiencia**

Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta Ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.

III.- GESTIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

3.1 Visión

"Ser un servicio que lidere en el ámbito de la psicología y de la seguridad social en el marco de la política de inclusión social del Estado".

3.2 Misión

"Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo, promociónales, y recuperativos que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida".

3.3 Infraestructura del Servicio de Psicología

El servicio de Psicología del HNERM, se encuentra ubicado en el primer piso del Edificio principal. Tiene una edificación de material noble, distribuida en 3 espacios: un ambiente destinado a la Jefatura del área, un área para la secretaria y una sala de psicoterapia para la ejecución de talleres y terapia de grupo o terapias familiares. Adicionalmente, se cuentan con 6 consultorios para la atención ambulatoria (adultos, adolescentes y niños) ubicados en el primer piso del lado C, en el área de Salud Mental, Rehabilitación y Pediatría.

3.4 Horarios de trabajo del Servicio de Psicología

La atención psicológica se da en dos turnos de lunes a sábado de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00

3.5 Recursos humanos

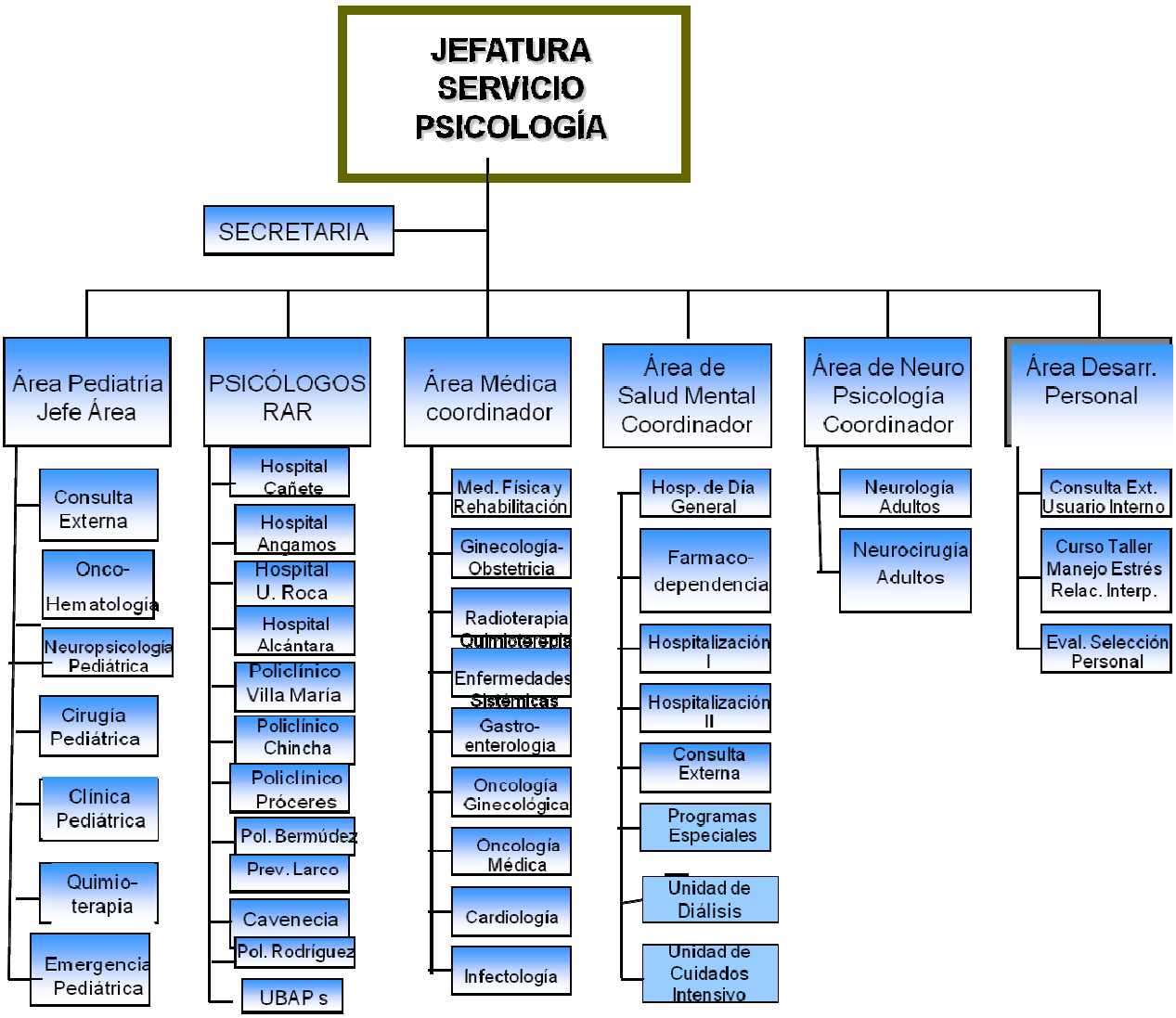
Cuadro 1. *Relación de Profesionales Psicólogos por Servicio*

SERVICIO	NUMERO DE PSICOLOGOS
Neurología - Neurocirugía	02
Medicina Interna	01
Cardiología – Cirugía Cardiovascular	01
Nefrología – Unidad De Trasplante- Dipac	02
Traumatología (9 A – B - C)	01
Oncología - Hematología	01
Oncología Ginecológica y Mamaria	01
UCIN – UCI 7B	02
Gastroenterología – Trasplante Hígado	01
Obstetricia (5 A- B –C)	01
Enfermedades Sistémicas	01
Neonatología (2 A)	01
UCI (2C)	01
Rehabilitación Adultos	03
Rehabilitación Pediátrica	01
Emergencia Pediátrica	01
Onco-hematología Pediátrica	01
Clínica Pediátrica y Especializada	01
Cirugía Pediátrica	01
Salud Mental (Hospitalización, Programas, Adolescentes)	08
Hospitalización Parcial – Salud Mental	03
Hospitalización Parcial - Farmacodependencia	01
Enfermedades Infecciosas	01
Total	**37**

3.6 Estructura funcional

La población que atiende el Servicio de Psicología está constituida por la población asegurada de la red asistencial Rebagliati, proveniente del nivel II y I de atención: Hospital II Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Roca, Hospital Carlos Alcántara, Policlínico Pable Bermúdez, Policlínico Chequeos Larco, Policlínico Chincha, Policlínico Próceres, Policlínico Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María, Centro Médico Mala.

Grafico 1. *Flujograma de la Estructura del Servicio de Psicología*.

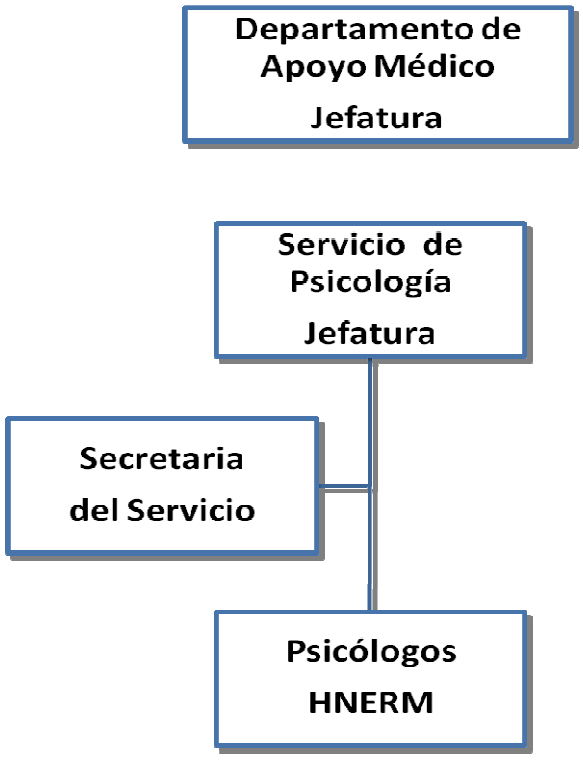


3.7 Organización Funcional

Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico y cumple funciones de atención psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar servicios de salud integrales y así cumplir con los objetivos institucionales.

Línea de autoridad: Jefe de Servicio - Coordinadores - Psicólogos – Secretaria-
Internos.

Grafico 2. *Flujograma de la Organización Funcional.*



3.8 Objetivos

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son trasferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.

- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.

- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.

- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.

- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y la dirigir la supervisión y evaluación del internado de psicología.

- Realizar actividades de prevención, promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.

- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.

- Dar orientación, consejería y aplicar técnicas terapéuticas de acorde a la necesidad del paciente con el fin de desarrollar sus habilidades, las cuales les permitan llegar a adecuadas soluciones de sus problemas.

3.9 Estadística General 2012 – 2013 del Servicio de Psicología

Resultados cuantitativos del Eje Clínico.

Grafico 3. *Actividades Generales del Servicio de Psicología del 2012*

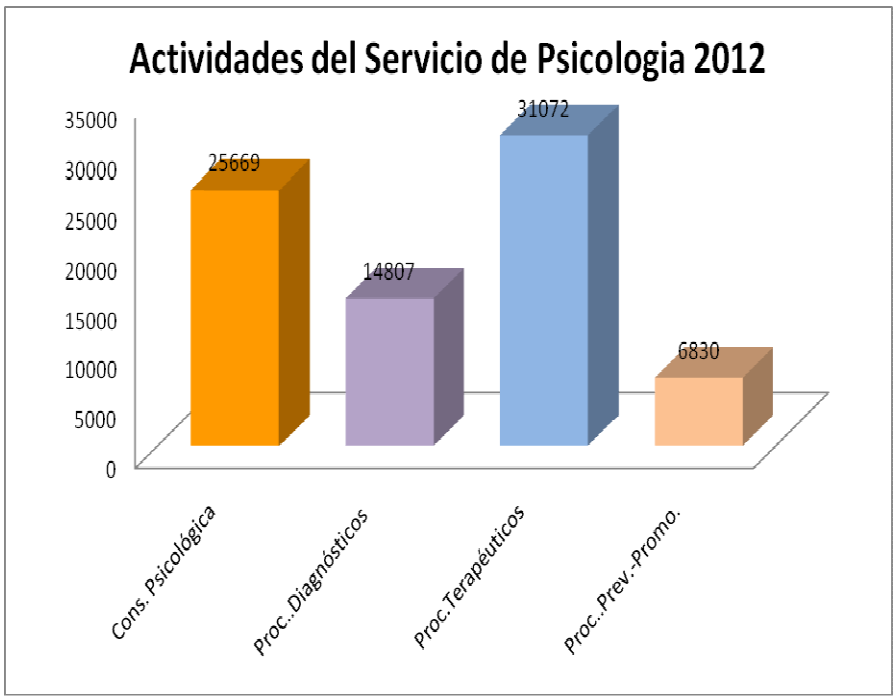


Grafico 4. *Actividades del Servicio de Psicología en Porcentaje 2012*

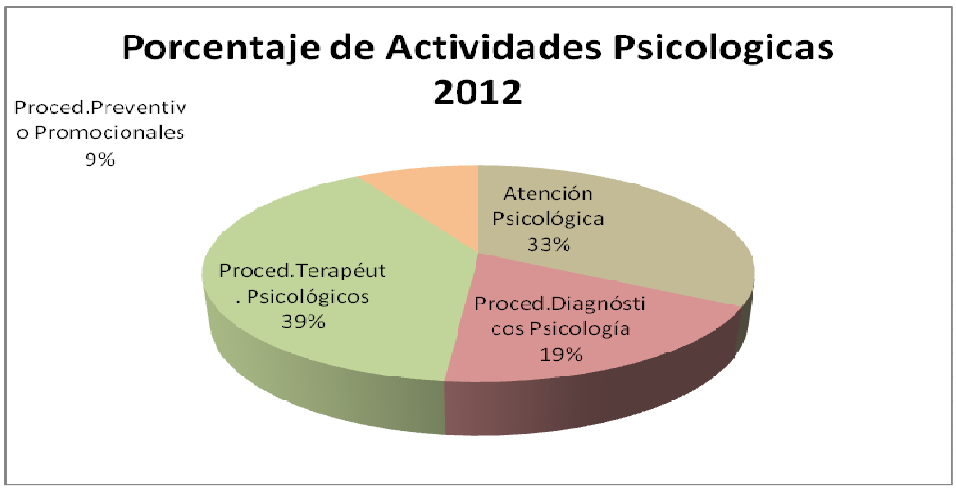


Grafico 5. *Actividades Generales del Servicio de Psicología del 2013*

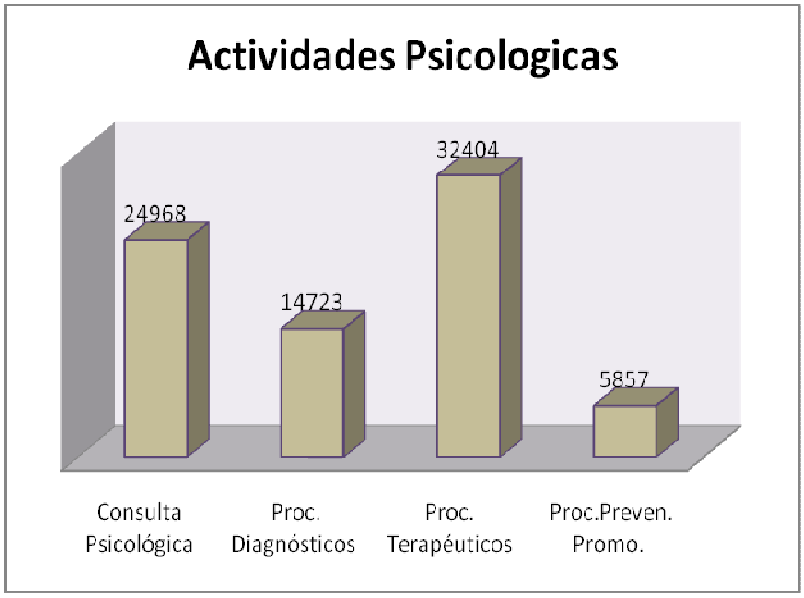
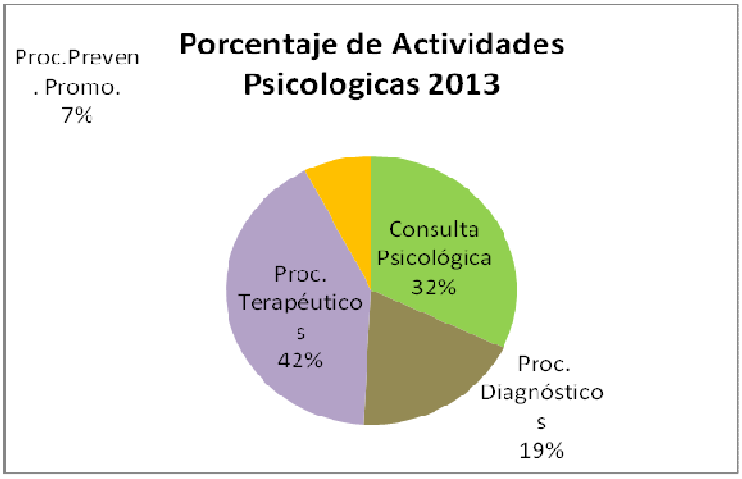


Grafico 6. *Actividades del Servicio de Psicología en Porcentajes 2013*



Cuadro 2. *Pacientes Diagnosticados según la Clasificación del CIE-10 2012*

DIAGNOSTICOS	CODIGO	TOTALES
Trastorno De Adaptación	F-43.2	3148
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	1645
Trastorno del Habla y del Leng.	F-80	226
Episodio Depresivo	F-32	958
Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	178
Trastorno de Conducta	F-91.	356
Trastorno Esquizofrénico	F-20	269
Trastorno de Hiperactividad	F-90	224
Demencia	F-00	387
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F-10	104
Retardo Mental	F-70	138
Retardo del desarrollo	R62	110
Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z-73	31
Otros	Otros	1124
TOTAL	Total	8898

Grafico 7. *Diagnósticos según la Clasificación del CIE-10 2012*

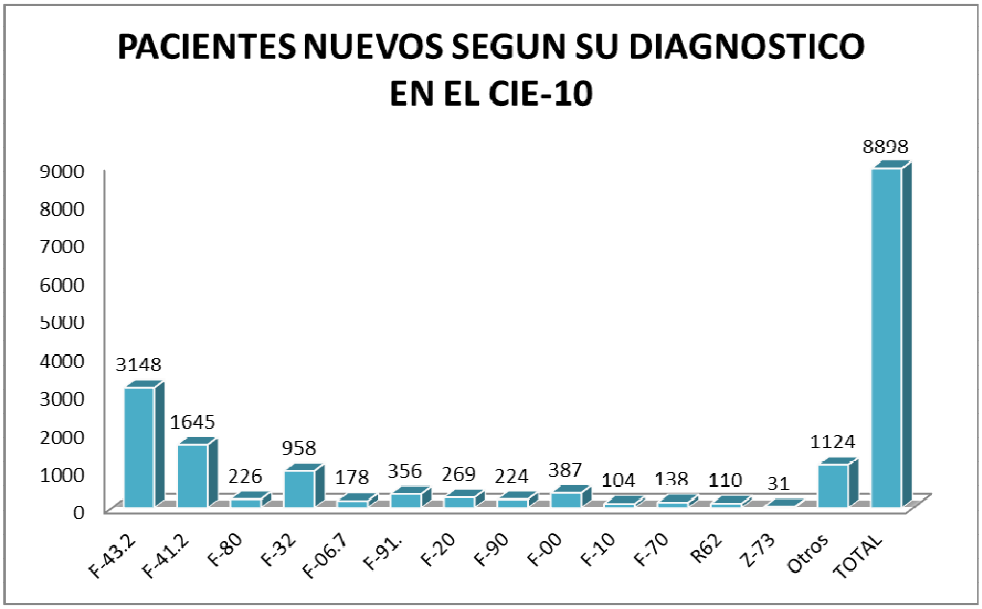
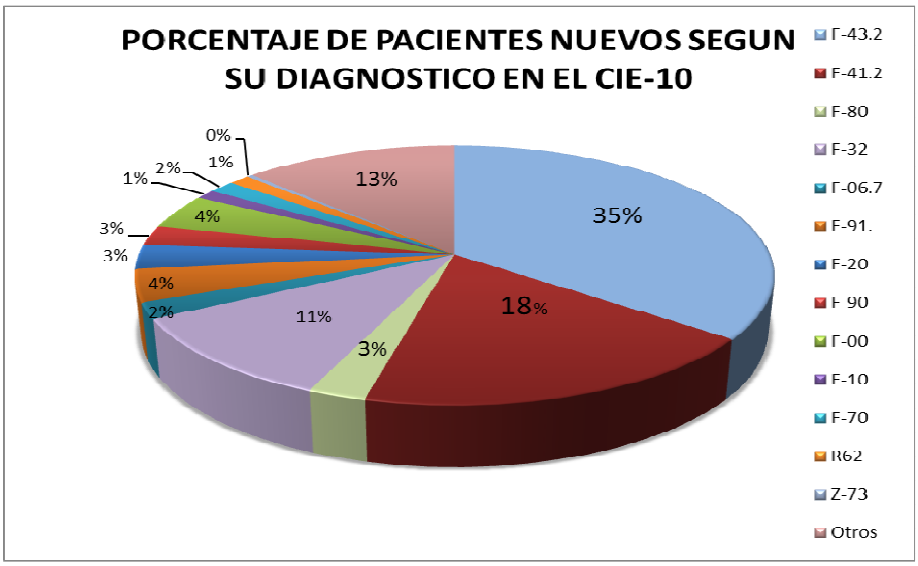


Gráfico 8. *Diagnósticos según la clasificación del CIE-10 en Porcentajes 2013*



IV. DESCRIPCION DEL ÁREA DE TRABAJO

4.1Nombre:

Servicio de Oncología Médica

4.2 Visión

Estar siempre a la vanguardia de mejores procedimientos para el tratamiento y control de las enfermedades Neoplásicas.

4.3 Misión

Brindar Servicios altamente especializados en el tratamiento y control de las enfermedades Neoplásicas.

4.4 Descripción:

El Servicio de Oncología es el órgano de línea del Departamento de Oncología Médica y Radioterapia encargado de brindar servicios relacionados a la atención médica especializada, comprometidos a elevar y mantener desarrollados sus funciones con eficiencia y eficacia para el logro de los objetivos de la Institución

Actualmente es un Servicio Asistencial, Docente y de Investigación Científica de reconocimiento internacional.

4.5 Objetivos generales:

Esta área se encarga de evaluar, diagnosticar y aplicar determinados tratamientos psicológicos especializados y de muy alta complejidad que requieran los pacientes con cáncer y los miembros de su entorno familiar para recuperar la salud mental y/o mejorar la calidad de vida y la adaptación de los pacientes en el marco del tratamiento multidisciplinario del cáncer.

4.6 Objetivos específicos:

- Detectar, evaluar e intervenir en el área de la Psicología Clínica en pacientes que remitan patología oncológica en adultos y adolescentes.
- Elaborar propuestas de programación asistencial del servicio, ejecutando el cumplimiento de la programación aprobada.
- Evaluar los resultados alcanzados por el servicio mediante indicadores y ejecutar las medidas correctivas.
- Organizar, ejecutar y controlar la atención psicológica oportuna a pacientes con cáncer que requieran evaluación, diagnóstico y tratamiento para su recuperación integral dentro de su limitación funcional.
- Atender pronto y oportunamente las interconsultas de otros servicios donde se requiera atención psicológica a pacientes con cáncer.
- Elaborar, actualizar y aplicar los protocolos, manuales de procedimientos y otros documentos de gestión.
- Realizar un correcto registro de las solicitudes, atenciones psicológicas, y resultados en los formularios establecidos y en los sistemas informáticos institucionales. Ejecutar acciones correctivas.
- Asistir a las reuniones de coordinación interna para el análisis de casos, revisión de informes y programación de actividades.

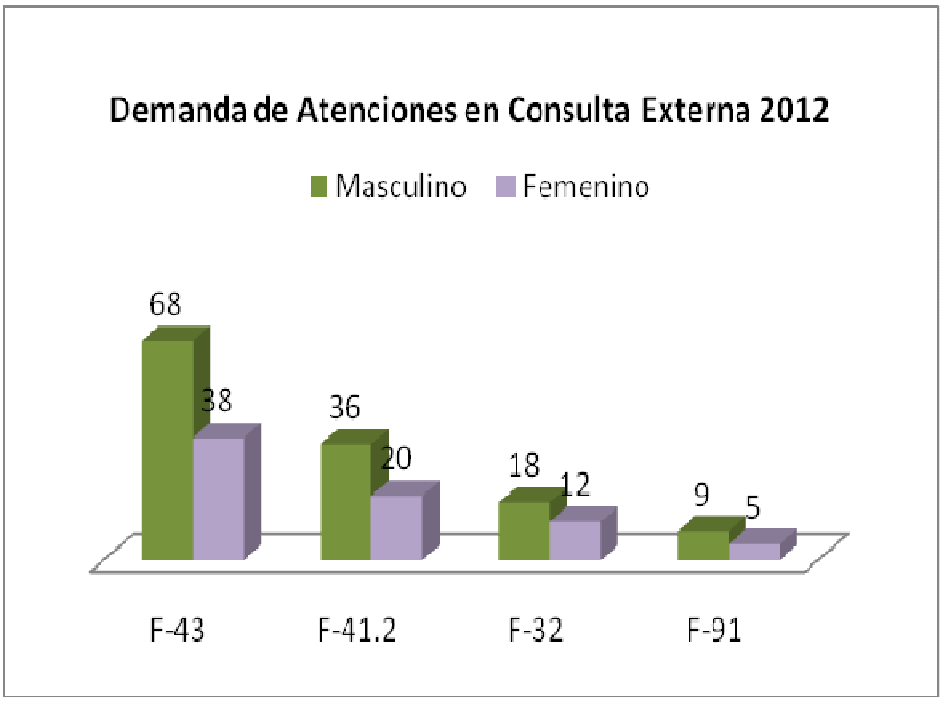
4.7 Estadística Individual de las Actividades en el Servicio de Oncología

2012 – 2013

Cuadro 3. *Demanda de Atenciones en Consulta Externa en el Servicio de Oncología por Género-2012*

DIAGNOSTICOS	Código	Masculino	Femenino	Totales
Trastorno De Adaptación	F-43	68	38	106
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	36	20	56
Episodio Depresivo	F-32	18	12	30
Trastorno de Conducta	F-91	9	5	14
TOTALES		131	75	206

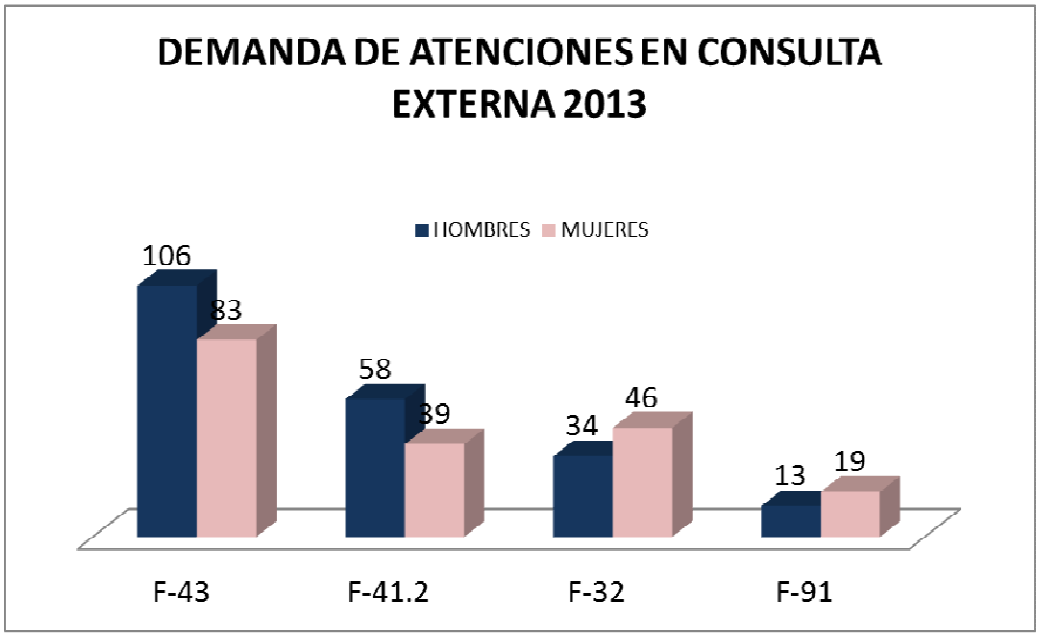
Grafico 9. *Demanda de Atenciones en Consulta Externa del Servicio de Oncología por Género-2012*



Cuadro 4. *Demande de Atenciones en Consulta Externa en el Servicio de Oncología Médica por Género-2013*

Diagnósticos	Código	Masculino	Femenino	Totales
Trastorno De Adaptación	F-43	106	83	189
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	58	39	97
Episodio Depresivo	F-32	34	46	80
Trastorno de Conducta	F-91	13	19	32
TOTALES		211	187	398

Grafico 10. *Demanda de Atenciones de Consulta Externa en el Servicio de Oncología por Género-2013*

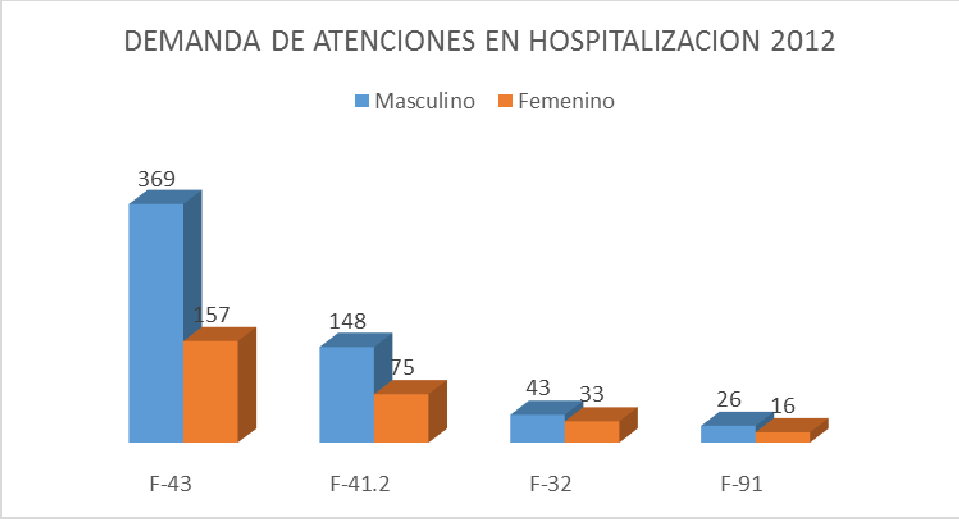


Cuadro 5. *Atenciones en el Servicio de Oncología en Hospitalización 2012*

Diagnósticos	Código	Masculino	Femenino	Totales
Trastorno De Adaptación	F-43	369	157	526
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	148	75	223
Episodio Depresivo	F-32	43	33	76
Trastorno de Conducta	F-91	26	16	42
TOTALES		586	281	867

Grafico 11. *Atenciones en el Servicio de Oncología en Hospitalización por Género*

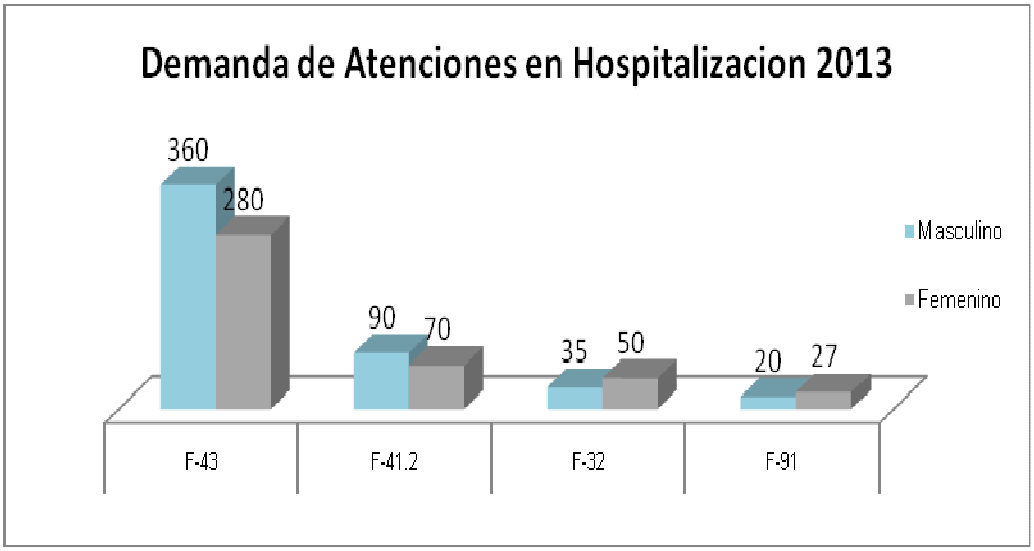
2012



Cuadro 6. *Atenciones en el Servicio de Oncología en Hospitalización 2013*

Diagnósticos	Código	Masculino	Femenino	Totales
Trastorno De Adaptación	F-43	360	280	640
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	90	70	160
Episodio Depresivo	F-32	35	50	85
Trastorno de Conducta	F-91	20	27	47
TOTALES		505	427	932

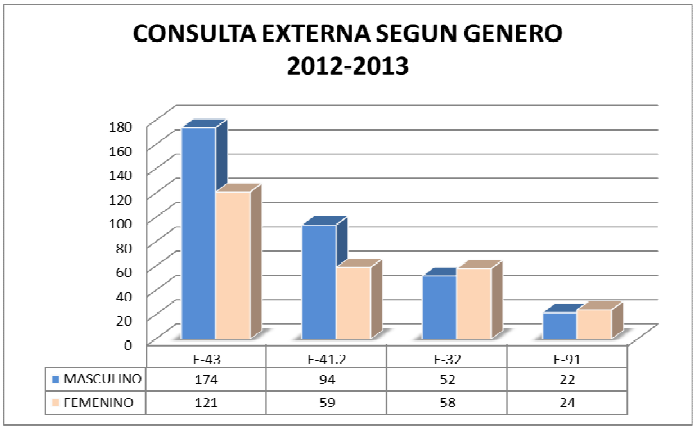
Grafico12. *Atenciones del Servicio de Oncología en Hospitalización 2013*



Cuadro 7. Atenciones en el Servicio de Oncologia Medica en Consulta Externa según Genero 2012-2013

Diagnósticos	Código	Masculino	Femenino	TOTALES
Trastorno De Adaptación	F-43	174	121	295
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	94	59	153
Episodio Depresivo	F-32	52	58	110
Trastorno de Conducta	F-91	22	24	46
TOTALES		342	262	604

Grafico 13. *Atenciones del Servicio de Oncología Médica en Consulta Externa según Genero 2012-2013*



Cuadro 8. *Actividades Psicológicas del Servicio de Oncología 2012*

ACTIVIDAD	TOTAL
Atención Psicológica	206
Procedimientos Terapéuticos	496
Actividades sanitarias	288
Actividades administrativas	36

Grafico 14. *Actividades Psicológicas del Servicio de Oncología 2012*

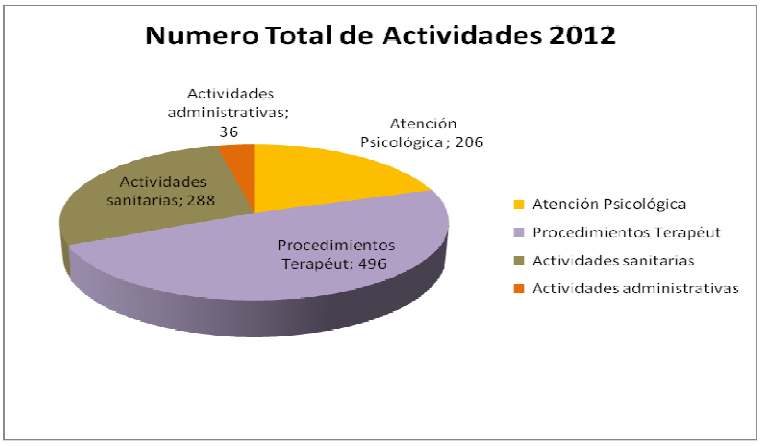
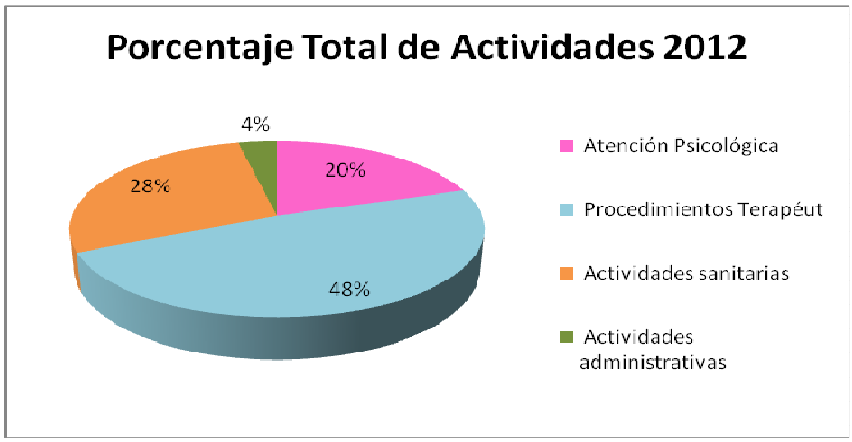


Grafico 15 . *Porcentaje de Actividades Psicologicas en el Servicio de Oncologia 2012*



Cuadro 9. *Actividades Psicológicas del Servicio de Oncología 2013*

ACTIVIDAD	TOTAL
Atención Psicológica (C. Ext.)	224
Procedimientos Terapéuticos	501
Actividades sanitarias	131
Actividades administrativas	195

Grafico 16. *Actividades Psicológicas del Servicio de Oncología 2013*

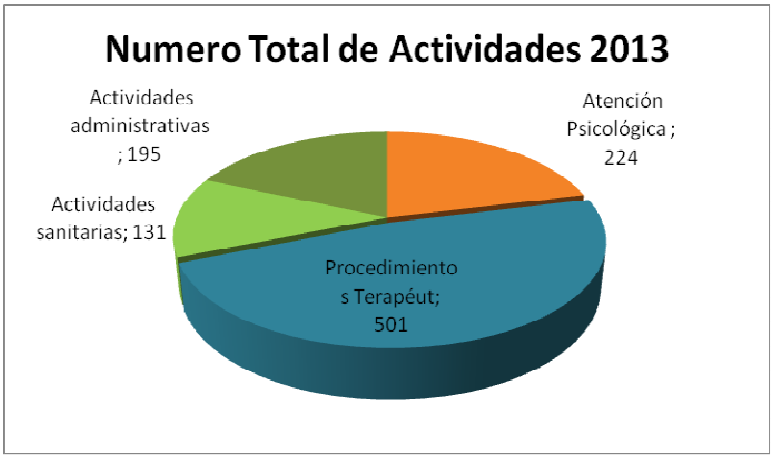
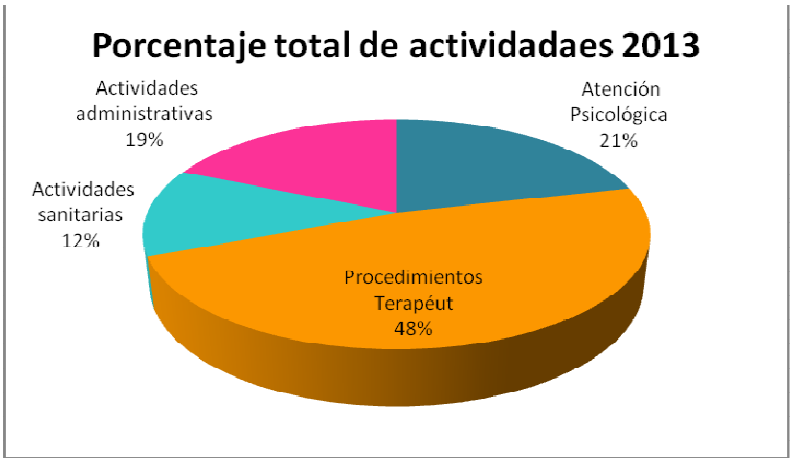


Grafico 17 . *Porcentaje de Actividades Psicologicas en el Servicio de Oncologia* 2013



V. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

5.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE CON CANCER

- **Repercusión Psicosocial**

La enfermedad oncológica se caracteriza por ser un proceso dilatado en el tiempo, en el que la persona tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes, que comienzan cuando se presentan los primeros síntomas y el miedo a que el diagnóstico se confirme y, posteriormente, la asunción del mismo. Continúa con la preocupación y los temores que despiertan los distintos tratamientos que vaya a recibir y a sus efectos secundarios con el consiguiente perjuicio en su calidad de vida.

A la finalización de los mismos, algunos pacientes presentarán remisión de la enfermedad, siendo sólo necesarias revisiones periódicas. Tiempo que está caracterizado por la incertidumbre y el miedo a que la enfermedad vuelva a aparecer. En otros casos, la enfermedad puede aparecer de nuevo, fase conocida como recidiva o recurrencia, que requiere poner en marcha de nuevo los diferentes tratamientos. Este es uno de los momentos más difíciles, tanto a nivel físico como emocional, ya que si la enfermedad no puede controlarse y

avanza, se llegará a la fase terminal, momento en el que los Cuidados Paliativos tienen un papel primordial.

Las diferentes fases de la enfermedad oncológica son las siguientes:

A. Diagnóstico

La confirmación de un diagnóstico de cáncer supone un gran impacto emocional que genera reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, rabia..., siendo uno de los momentos de mayor tensión.
La persona tiene que enfrentarse a la incertidumbre de la enfermedad y a la incertidumbre de su evolución. También a la vulnerabilidad, sobre todo a pensar en la muerte como algo más cercano y real. Surgen interrogantes, que no tienen una clara respuesta y a veces ninguna.

Kaufmann (1989) considera que al igual que la enfermedad, el diagnóstico no constituye un momento, sino que es un proceso que incluye una serie de fases, con crisis que ocasionan distintos problemas a los que hay que enfrentarse.

Estas fases son:

a) La que precede al diagnóstico*:* cuya duración y reacciones están determinadas tanto por variables sociodemográficas: edad, sexo, clase social, nivel cultural, educación sanitaria; como por variables psicológicas, asociadas con el miedo a la enfermedad.

b) La confirmación del diagnóstico: es el momento de máxima tensión ya que es cuando se le comunica a la persona lo que tiene, cuando se le está dando la certeza de enfermedad y las alternativas de tratamiento. También es conocida como de “shock” (Pérez Manga, Arranz, García, Meana, Carrión y Torán, 1991), en cuanto que recibir un diagnóstico de cáncer se asocia a muerte y a la pérdida de cualquier proyecto de futuro.

c) Reconocimiento de la propia enfermedad: se inicia esta etapa cuando el paciente asume su situación real de enfermedad. Esto no siempre ocurre en el momento del diagnóstico, sino que se alarga en el tiempo y se produce cuando la persona ya está recibiendo el tratamiento. El efecto traumático del diagnóstico se produce en el plano psicológico, dando lugar a momentos llenos de incertidumbre y tensión, a la vez que se dan reacciones de desajuste y reajuste. La intensidad de estas reacciones varía en función de las características personales, de la enfermedad y de los tratamientos que se aplican para su control.

B. Tratamiento

Como ya se mencionó, los tratamientos que habitualmente se utilizan en el control del cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea, entre otros, son agresivos, con múltiples efectos secundarios que en muchas ocasiones son difíciles de entender por el paciente puesto que a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y emocional en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad.

Reacciones de ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad son habituales durante esta fase. Dichos efectos secundarios varían de una persona a otra, dependiendo de las características del fármaco y de las de personalidad del enfermo.

Los aspectos más importantes de estos tratamientos para poder entender sus consecuencias y las alteraciones que producen son las siguientes:

- **Cirugía**. Es un fuerte estresor en sí misma, por el miedo a la anestesia, al dolor y, sobre todo, por sus consecuencias y las alteraciones que producen.

- **Radioterapia**. El contacto con una máquina y el temor a los fallos técnicos pueden ocasionar reacciones emocionales de carácter ansioso, en algunos casos fóbicos, acompañadas de sentimiento de miedo.

Quimioterapia. Por todos sus efectos secundarios: alopecia, náuseas, vómitos, fatiga, neuropatías, etc., es normalmente mal tolerada física y psicológicamente. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración, entre otros.

En general, los tratamientos afectan a la persona en el área somática, familiar, social y psicológica, dando lugar a diferentes alteraciones y reacciones emocionales.

C. Remisión

Cuando los tratamientos han finalizado y no hay evidencia de enfermedad es el período considerado como de remisión o período libre de enfermedad.
A nivel físico comienza la recuperación. Ésta no siempre es entendida por el paciente y familiares que piensan que, una vez finalizados los tratamientos, de forma inmediata se van a sentir bien, "como antes", y esto no es así: es una recuperación poco a poco, a veces más lenta de lo que ellos desearían.

Psicológicamente puede ser un momento problemático. En la práctica cotidiana es frecuente encontrarnos con personas que se sienten asustadas, indefensas, inseguras, ya no son enfermas, pero todavía no son "normales". Igual que hablamos de un proceso de adaptación a la enfermedad, ahora se plantea el proceso de adaptación a la normalidad y, curiosamente, es en este momento cuando algunos pacientes solicitan apoyo psicológico. Por lo general, son aquellos que no han hecho el proceso de duelo que significa el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que amenaza la vida y es ahora, cuando ya no tienen que dedicar sus esfuerzos y energías a los tratamientos, cuando se "deprimen" o, mejor, cuando pueden deprimirse y ocuparse de lo emocional.

Este es uno de los momentos en los que se produce muy frecuentemente la demanda de atención psicológica y es una fase importante en la "toma de conciencia" de su sufrimiento psíquico. Es también el momento en el que surgen las grandes preguntas sobre su autonomía-dependencia, su vida afectiva, los

proyectos y, por tanto, se abre la posibilidad de un trabajo terapéutico más lúcido.

Esta fase se caracteriza por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre acerca del futuro. Es el momento donde puede aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, a que la enfermedad vuelva.
El pensar que la enfermedad puede volver, tener que pasar por todo lo anterior, la incapacidad y la posibilidad de la muerte, es una fuente de estrés crónico que explica el malestar psicológico encontrado en un número importante de pacientes (Ferrero, 1993). Estos miedos se intensifican cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones.

C. Recidiva

Hablamos de recidiva o recurrencia cuando la enfermedad reaparece tras un intervalo más o menos largo libre de la misma.
Esta situación trae grandes repercusiones físicas y sobre todo psicológicas. El paciente se da cuenta de que las posibilidades de tratamiento están más limitadas. Siente que está enfadado, furioso consigo mismo, con sentimientos de culpa por no haber logrado superar la enfermedad y también con el médico por no haber sido capaz de curarlo, o porque no fue eficaz en detectar el progreso de la enfermedad, lo que significa reencontrarse con sus miedos (Romero, 1997) y la subsiguiente vivencia de fracaso.

Se comenzarán de nuevo los tratamientos, que pueden ser similares a los recibidos o nuevos, lo que significa volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos de los mismos. Es frecuente encontrarnos con que el paciente siente rabia, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, rasgos depresivos; siendo la indefensión-ante la falta de control de la enfermedad- y como consecuencia la depresión, las emociones más predominantes y de mayor intensidad.

Desde el punto de vista terapéutico es una de las situaciones más difíciles de manejar. La persona permanece durante mucho tiempo con el sentimiento de

fracaso, verbalizaciones del tipo: “para qué voy a luchar, si no sirve para nada”, “cuando me diagnosticaron pensé que me podía curar, pero ahora he vuelto para atrás… ya no hay nada que hacer”, “pensar que tengo que volver a pasar otra vez por lo mismo…”, son habituales y frecuentes ante la recidiva de la enfermedad.

Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco a poco va disminuyendo la intensidad de las emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos. Es importante en estos momentos saber escuchar las quejas del paciente, entender su sufrimiento y tratar de no dar “consejos estereotipados”, que no ayudan en nada a la persona.

D. Terminal

Se define esta fase como la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo; presencia de problemas o síntomas intensos y pronóstico vital limitado, entre otros.

Los problemas a los que habitualmente se enfrenta el paciente en este momento son tanto físicos como psicoemocionales.

Las reacciones emocionales en esta fase vienen determinadas por la consciencia de la situación que el paciente tenga. Al igual que en las fases de diagnóstico y tratamiento, también ahora puede darse un proceso de adaptación, y en él se distinguen tres momentos importantes:

1° El del impacto de la situación actual que puede dar lugar a la negación y a reacciones de ansiedad.

2° El del afrontamiento ante el que se reaccionará con miedo, rabia, ira y un estado de ánimo deprimido.

3° El de adaptación donde se producirá una disminución de las alteraciones emocionales previas y el paciente pondrá en marcha los recursos personales para disminuir el malestar psicológico.

Se estima que una gran parte de los pacientes logran adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, pero no quiere decir que se consiga fácilmente y que todos puedan hacerlo. El proceso es doloroso, largo y con dificultades, y debe convertirse en el objetivo asistencial.

Como vemos, desde el diagnóstico hasta la fase terminal, el paciente oncológico tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que ocasionan alteraciones emocionales de distinta índole e intensidad. En todo el proceso es fundamental el papel de la familia, el apoyo que pueda proporcionarle, así como el equipo asistencial que atiende al enfermo.

- **Estrategias de Afrontamiento y Adaptación**

El proceso de adaptación a la enfermedad tiene varios frentes y se desarrolla, normalmente, en un período de tiempo largo, en donde, a veces, se deben tomar decisiones en situaciones desconocidas y altamente angustiantes.
Se define el *afrontamiento* como "toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible". Esta definición recoge los dos tipos de afrontamiento propuestos, esto es, el dirigido al problema (la enfermedad) y el dirigido a la emoción (reducir el malestar personal).

El significado del término *adaptación* a la enfermedad desde un punto de vista práctico y vital no es fácil de definir. Podríamos acercarnos a él si proponemos que la adaptación tiene una relación directa con un nivel aceptable de bienestar emocional y calidad de vida sociolaboral, así como la asunción del tratamiento y sus consecuencias físicas, sociales, psicológicas, como una necesidad tras la aparición de la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento y su influencia en

el curso de la enfermedad son: Espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo-desesperanza y preocupación ansiosa.

En un estudio, se encontró una relación estadísticamente significativa entre las respuestas psicológicas al diagnóstico y el desarrollo de la enfermedad. El pronóstico más favorable era para aquellas pacientes que habían reaccionado con espíritu de lucha y negación, y el peor para aquellas que reaccionaron con aceptación estoica y desamparo-desesperanza.

Los objetivos de la intervención psicológica son:

- Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares.
- Proporcionar información adecuada al proceso y tratamiento.
- Preparar al paciente para el proceso de hospitalización y tratamientos.
- Proporcionar un tratamiento adecuado tras el diagnóstico con el fin de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas asociadas al proceso de la enfermedad.
- Incrementar la percepción de control y el papel activo del paciente en el proceso.
- Promover estilos de vida saludables así como una mayor consciencia sobre la importancia de la prevención y detección precoz.
- Ayudar al paciente en la toma de decisiones y en la solución de problemas.
- Dotar al paciente de estrategias de afrontamiento adecuadas.

- Estimular la participación en actividades y mejora de las relaciones sociales.

- Facilitar la comunicación del paciente con su familia y con los profesionales sanitarios.

5.2 MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA

❖ EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Definición:

Actividad psicológica que consiste en la aplicación de una prueba o batería psicológica/o neuropsicológica para diagnostico de daño, riesgo, perfil u orientación**.**

Objetivos:

- Determinar el riesgo o daño a través de un procedimiento diagnóstico.
- Identificar riesgos o determinar daño.
- Identificar potencialidades de la persona.

Materiales:

Historia clínica, pruebas psicológicas (protocolo de respuestas, manuales técnicas), sala de procedimientos, cronómetro, útiles de escritorio.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Tener cita o requerimiento de evaluación**.**

Descripción de los Pasos

1. Revisar y verificar la indicación del requerimiento de aplicación de pruebas psicológicas. (Revisar el plan).

2. Entrevistar al paciente, observando el desempeño y comportamiento.

3. Seleccionar la prueba según el caso y características del paciente y determinar el número de sesiones para la aplicación de la misma.

4. Aplicar las prueba(s) psicológica(s) seleccionada(s).

5. Registrar en la historia clínica las pruebas aplicadas y la conducta del paciente durante la Aplicación.

6. Elaborar el informe psicológico y anexarlo a la historia clínica.

7. Establecer el plan de recuperación o rehabilitación o curación del paciente en los casos que corresponda y citar al paciente la familia o tutor.

8. Registrar atención en el parte diario.

❖ **CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA**

Definición:

Es el conjunto de actividades y procedimientos psicológicos que se realizan ambulatoriamente en Consultorios Externos a pacientes que provienen por solicitud de atención directa, interconsulta o referencias.

Objetivos:

Brindar atención especializada: Entrevista, evaluación, diagnóstico y

tratamiento.

Materiales:

Documento de Identidad, Ticket de Atención por solicitud directa, interconsulta y/o referencia, historia clínica.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención, historia clínica.

Descripción de los pasos

1. Revisión de la historia clínica.

2. Entrevistar al paciente observando el desempeño y comportamiento.

3. Elaborar la historia clínica psicológica consignando antecedentes y problema actual. En caso de niños y discapacitados se corrobora con los datos proporcionados por los padres, familiares o tutores.

4. Realizar la evaluación diagnóstica con el objetivo de conocer las habilidades, potenciales y limitaciones de los componentes psicológicos del paciente.

5. Establecer requerimientos de evaluación psicométrica, proyectiva, neuropsicológica u otros.

6. Elaborar programa de tratamiento psicoterapéutico.

7. Referencia o Contrarreferencias.

8. Consejería u orientación al paciente.

9. Elaborar informe o evolución e indicar diagnóstico en concordancia con el CIE 10.

❖ TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

Definición:

Procedimiento terapéutico realizado por el psicólogo al paciente para recuperar, rehabilitar, curar las funciones cognitivas emocionales y comportamentales afectadas. Este tipo de terapia es multimodal.

Objetivos:

- Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas.
- Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Indicación del procedimiento terapéutico.

Descripción de los pasos

1. Decepcionar al paciente y al familiar, en caso de niños o personas con discapacidad.

2. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.

3. Revisar Historia Clínica.

4. Informar al paciente y/o familiar sobre los objetivos y la forma de aplicación y seguimiento del plan terapéutico.

5. Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.

6. Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.

7. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.

8. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros del paciente.

9. Revisar lo aprendido por el paciente y su uso futuro.

10. Realizar entrevista final previa al alta. En la que puede participar la pareja o familiar.

11. Elaborar el alta.

12. Registrar atención en el parte diario.

- **TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL**

Definición:

Procedimiento terapéutico especializado realizado por el psicólogo a un grupo de rehabilitar, curar las funciones cognitivas emocionales y comportamentales afectadas. El número de participantes es de 8 a 15 personas

Objetivos:

- Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas.
- Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Indicación del procedimiento terapéutico.

Descripción de los pasos

1. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
2. Preparar ambiente terapéutico.
3. Recepcionar al grupo de pacientes.
4. Explicar metodología de trabajo (Nº de sesiones, tareas).
5. Brindar indicaciones sobre la tarea a desarrollar.
6. Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.
7. Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
8. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico. Hacer uso de reforzadores.

9. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros y corrección de errores individuales y de grupo.

10. Registro de la terapia grupal.

11. Procesar las altas e ingresos al grupo.

12. Registrar atención en le parte diario.

- **TERAPIA PSICOLÓGICA DE PAREJA**

Definición:

Procedimiento especializado realizado a la pareja para recuperar, rehabilitar, modificar sus interacciones.

Objetivos:

- Identificar el sistema relacional.
- Restituir, recuperar, rehabilitar y modificar el sistema de interacción de la pareja para una adecuación en su entorno familiar y social.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Indicación del procedimiento terapéutico.

Descripción de los pasos

1. Recepcionar a la pareja.

2. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.

3. Explicar la metodología de trabajo.

4. Establecer el contrato terapéutico para fortalecer el compromiso a través de la comunicación asertiva.

5. Determinar el sistema de interacciones y los reforzadores de su mantenimiento.

6. Categorizar los mensajes y el uso apropiado de la comunicación.

7. Establecer las conductas a seguir en el intervalo de las citas.

8. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.

9. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros y corrección de errores de la pareja.

10. Hacer uso de los reforzadores de acuerdo al avance.

11. Registro de la terapia de pareja.

12. Registrar atención en le parte diario.

- **TERAPIA FAMILIAR**

  Definición:

  Procedimiento especializado realizado por el psicólogo para recuperar, rehabilitar, modificar y potenciar los recursos de la familia a fin de cambiar el sistema de interrelación.

Objetivos:

- Identificar el sistema comunicacional.
- Restituir, recuperar, rehabilitar y modificar el sistema de interacción familiar.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Previa consulta psicológica y, de ser necesario, evaluación Psicológica.

Descripción de los pasos

1. Recepcionar a la familia e identificar los miembros que la componen.

2. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.

3. Establecer el contrato terapéutico para fortalecer el compromiso a través de la comunicación asertiva.

4. Puntualizar las interacciones, mensajes, roles, pautas de comunicación de los miembros.

5. Plantear las estrategias de intervención dirigidas a redefinir el problema de la familia.

6. Prescribir tareas para cada uno de los miembros de la familia dirigidas hacía el cambio.

7. Utilizar técnicas terapéuticas de acuerdo al caso.

8. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico.

9. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los resultados y objetivos logrados.

10. Registro de la terapia de familia.

11. Registrar atención en el parte diario.

❖ INTERCONSULTA A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Definición:

Consulta psicológica especializada: entrevista, evaluación e intervención psicoterapéutica por interconsulta o determinada en visita del equipo multidisciplinario.

Objetivos:

- Brindar atención psicológica especializada de entrevista, evaluación y tratamiento para determinar los factores psicológicos que interfieren el proceso de la intervención médica y reestructurar o potenciar los recursos internos del paciente para que coadyuve a la eficacia de su recuperación física.

Materiales:

Interconsulta, historia clínica, formatos, prueba psicológica.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Interconsulta. Historia clínica

Descripción de los pasos

1. Recepcionar y programar la interconsulta.

2. Revisar la historia clínica.

3. Entrevistar, observar y realizar breve historia clínica psicológica.

4. Proceder a evaluación diagnóstica y si el caso lo amerita evaluación psicométrica, proyectiva y/o neuropsicológica.

5. De ser necesario citar a pareja y/o familiares.

6. Entrevistar, observar y recolectar información de pareja y/o familia

7. Realizar orientación, consejería y/o psicoterapia de ser necesario.

8. Determinar el diagnóstico, pronóstico y manejo del paciente.

9. Realizar informe o evolución.

10. Dar respuesta a interconsulta.

11. Coordinar con el médico y/o equipo multidisciplinario sobre los avances y/o manejo del paciente.

❖ CONSULTA PSICOLÓGICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Definición:

Conjunto de actividades y procedimientos realizados por el profesional psicólogo dirigido a detectar en forma oportuna la existencia de riesgo y/o daño en el paciente hospitalizado e intervenir para lograr su adaptación y participación activa en el proceso en que se encuentra.

Objetivos:

- Brindar atención especializada: Entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Materiales: Historia clínica, formatos, pruebas psicológicas.

Responsable:
El Psicólogo

Requisitos:

Paciente hospitalizado

Descripción de los pasos

1. Realizar visita con el equipo multidisciplinario y detectar sintomatología que requiera intervención psicológica a criterio profesional y/o a solicitud del equipo multidisciplinario, paciente y/o familia.
2. Revisar la historia clínica.

3. Entrevistar y observar el desempeño y comportamiento durante la obtención de datos personales, familiares, signos y síntomas.

4. Realizar breve historia para determinar factores que faciliten la aceptación de su enfermedad y tratamiento.

5. Evaluar las fortalezas, déficits cognitivos, emocionales y conductuales que favorezcan la intervención.

6. Realizar el afrontamiento psicoterapéutico a través de un programa de restitución de habilidades.

7. Coordinar con el equipo multidisciplinario sobre el manejo del paciente y/o avances alcanzados.

8. Entrevistar y brindar consejería a la familia o intervención psicoterapéutica, si el caso lo amerita, para lograr su participación activa en el tratamiento integral del paciente.

9. Realizar la evolución y/o informe psicológico en la historia clínica de la actividad realizada con el paciente, pareja o familia.

10. Servicios médicos en que se realiza la intervención: gastroenterología, oncología, cardiología, hemodiálisis, emergencia, UCI, UCIN, UVI, pediatría, quemados, traumatología, neumología, cirugía general, nefrología, enfermedades sistémicas (dermatología, reumatología, endocrinología), urología, gineco-obstetricia, psiquiatría (hospitalización total).

❖ EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Definición:

Procedimiento psicológico especializado que permite conocer la organización de la persona a través de métodos proyectivos o multifactoriales en concordancia con las bases teóricas de la psicología.

Objetivos:

- Determinar los rasgos, tendencias y conflictos.
- Conocer los déficits y potencialidades de las dimensiones de la estructura de la personalidad**.**

Materiales:

Manual Técnico, según sea el caso; láminas con reactivos, protocolo de respuestas, hojas de calificación o cuadernillos de reactivos, hoja de respuestas, hoja de calificación, manual de calificación e interpretación, lápiz, borrador, lapicero azul y rojo, equipo de cómputo, software.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Paciente: consulta directa, referencia o interconsulta.

Descripción de los pasos

1. Entrevista y toma de datos.

2. Selección y preparación del material.

3. Explicación del motivo de la evaluación.
4. Instrucciones sobre la administración de la prueba.

5. Pruebas, sesiones y tiempo requerido.

✓ Proyectivas, 2 o 3 sesiones, cada sesión de 45 minutos.

- Test del Árbol.

- Test del Hombre bajo la lluvia.

- Test de Apercepción Temática (Adultos, Niños versión A – H).

- Test de la Familia.

- Test de la Figura Humana.

- Test casa – árbol – persona.

- Pata Negra

- Psicodiagnóstico de Rorschach.
- Frases Incompletas (Niños – Adultos)

- Test de Colores

- Asociación de Palabras

- Test de Cuadros de Symonds.

✓ Multifactoriales, 1 o 2 sesiones, cada sesión de 45 minutos.

- Eysenck (Adultos – Niños)

- AF-5 Autoconcepto Forma 5

- CPS Cuestionario de Personalidad Situacional

- 16 PF Inventario de Personalidad (Adultos – Adolescentes)

- MIPS Inventario de Personalidad de Millon

- BFQ Cuestionario de Personalidad Big Five

- NEO PIR Inventario de Personalidad.

- Caracterológico de Berger.

6. Calificación, análisis e interpretación de resultados.

7. Informe, conclusiones, pronóstico y recomendaciones.

8. Entrega de resultados y/o Remisión del informe al solicitante

.

❖ CALIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Definición:

Actividad psicológica consistente en la calificación de la prueba o batería psicológica en forma cuantitativa y que emite un resultado cualitativo.

Objetivos:

- Calificar la prueba o batería psicológica.
- Analizar los resultados.
- Integrar la información con lo observado durante la administración.

Materiales:

Protocolo de respuesta, formato de calificación, manual técnico, útiles de escritorio.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Ser acreditado como postulante.

Descripción de los Pasos

1. Revisar la historia clínica y las observaciones durante la administración de la prueba y problema actual.

2. Calificar la prueba psicológica o batería psicológica haciendo uso de los formatos y protocolos de calificación.

3. Realizar análisis cuantitativo y cualitativo.

4. Hacer un resumen de los hallazgos obtenidos.

5. Dar recomendaciones.

6. Preparar material informativo para la elaboración de informe psicológico.

❖ **INFORME PSICOLÓGICO**

Definición:

Actividad especializada orientada a la integración de los procedimientos de consulta psicológica, evaluación específica o general que se consolidan cualitativamente previa interpretación y emisión de resultados.

Objetivos:

- Interpretación de entrevista y evaluación psicológica.
- Perfil específico o general del evaluado.
- Conclusiones, recomendaciones y pronóstico.

Materiales:

Historia clínica, resultado de evaluaciones psicométricas, proyectivas, formato, materiales de escritorio, papel membretado.

Responsable:

El Psicólogo.

Requisitos:

Cita de atención. Consulta directa, interconsulta o referencia. Requerimiento institucional o judicial.

Descripción de los pasos

1. Revisar la historia clínica considerando:

- Problema actual
- Antecedentes personales y procedimientos

2. Consolidación e integración de resultados.

3. Interpretación de los resultados.

4. Conclusiones.

5. Pronóstico.

6. Recomendaciones al médico o profesional solicitante, usuario y/o familia.

5.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Fichas técnicas

- **Test de Matrices Progresivas de RAVEN**

  - *Autor* **:** J. C. Raven
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual y Colectiva
  - *Duración* **:** 40 a 90 min.
  - *Edad de Aplicación* **:** Adolescentes y Adultos
  - *Objetivo* **:** Medir la habilidad para hacer

comparaciones, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales

- **Test del Dibujo de la Persona bajo la Lluvia**

  - *Autor* **:** Querol – Chaves Paz
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual y Colectiva
  - *Duración* **:** 15 min. Aprox.
  - *Edad de Aplicación* **:** Desde los 10 años hasta adultos
  - *Objetivo* **:** Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental así como la modalidad defensiva predominante

- **Test de la Figura Humana de Karen MACHOVER**

  - *Autor* **:** Karen Machover
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual o Colectiva
  - *Duración* **:** 15 min. Aprox.
  - *Edad de Aplicación* **:** Niños, Adolescentes y Adultos

- *Objetivo* : Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

❖ **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.

➢ **Cuestionario Big Five (BFQ)**

- *Autor* : G. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectivo
- *Duración* : 20 – 30 min.
- : Adolescentes y Adultos
- *Edad de Aplicación*

- *Objetivo* : Evaluación de 5 dimensiones y 10 subdimensiones de la personalidad.

➢ **Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger (CCGB)**

- *Autor* : Gaston Berger
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectivo
- *Duración* : 20 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos

➢ **Escala de Autoestima para Adultos de Stanley Coopersmith**

- *Autor* : Stanley Coopersmith
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 minutos aprox
- *Edad de Aplicación* : A partir de 15 años
- *Objetivo* : Explorar el nivel de autoestima. Consta de 25 ítems de respuestas dicotómicas divididos en 3 subescalas: Área Personal, Área Social – Pares y Área Hogar.

➢ **Inventario de Depresión de Beck**

- *Autor* : Beck, AT; Rushm AJ; Shaw, BF y Emery G
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 minutos como promedio
- *Edad de Aplicación* : Desde los 11 años de edad con

instrucción mínima primaria completa

- *Objetivo* : Aspectos Cognoscitivos de la depresión, Aspectos conductuales de la depresión, aspectos fisiológicos de la depresión.

- **Escala de Depresión de Yesavage**

  - *Autor* : Brink y Yesavage
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
  - *Duración* : 15 minutos como promedio
  - *Edad de Aplicación* : A partir de los 60 años
  - *Objetivo* : Evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

- **Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) – Escala de Automedición de Depresión (EAMD)**

  - *Autor* : Zung
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
  - *Duración* : 10 minutos aproximadamente cada escala
  - *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos
  - *Objetivo* : Grado de ansiedad y Grado de depresión del sujeto

❖ **Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)**

- *Autor* : John S. Gillis
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 a 30 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños de 6 a 8 años
- *Objetivo* : Apreciación del nivel de ansiedad infantil

❖ **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)**

- *Autor* : Zigmond A. S. y Snaith R P.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 10 a 20 minutos
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos
- *Objetivo* : Detectar trastornos de ansiedad y depresión en un ambiente hospitalario no psiquiátrico en pacientes con cáncer.

CAPITULO II

CASO CLINICO - ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRE	: C.R.L.
Edad	: 28 años.
Fecha de Nacimiento	: 26 de Agosto 1985
Lugar de Nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: Superior
Procedencia	: Pueblo Libre
Estad Civil	: Soltera
Ocupación actual	: Contadora – Lic. En Negocios
Referencia	: Servicio de Oncología Medica
Examinador	: Ps. Cesar Ernesto PingloGutierrez
Informantes	: La paciente
Fecha	: Agosto 2014

II. Motivo de Consulta

La evaluada es referida de la unidad de Oncología Médica con Diagnóstico de cáncer de mama, manifestando estado de ánimo depresivo ideas negativas sobre su enfermedad, solicitando apoyo psicológico.

III. Observación de Conducta

Paciente de sexo femenino, que aparenta su edad, de contextura mediana y talla promedio, tez blanca, de aspecto ordenado. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona; con estado de consciencia adecuada.
Durante la entrevista, inicialmente se mostró con poca motivación, sin embargo su actitud cambia cuando se establece un buen rapport y presta colaboración en el desarrollo de las sesiones.
Tiende a mirar a las paredes y al suelo, variando su mímica de acuerdo al contenido de su pensamiento.

Pensamiento integrado por ideas negativas respecto a su enfermedad y futuro, así sus niveles de atención y concentración se ven alterados por su estado anímico actual así como el sueño y apetito.
Su medio de expresión lo hace mediante un lenguaje claro, coherente pero poco fluido con variaciones en la inflexión de voz, por la persistente tos, como resultado del su problema de fondo.

IV. Antecedentes clínicos de importancia

Familiar: Hermana fallecida de Cáncer de Ovario a los 37 años
Nov, 2012 Ca de mama Izquierda – triple negativo. EC II A multifocal
Bp Cáncer Infiltrante ductal G 3
Receptor Estrógeno (-) .
Receptor de Progesterona (-)
Heceptest (-)
KI 75 : 50%
Probable mutacion del Gen BRACA 1
Inicio Quimioterapia Neoadyuvante, hasta Febrero 2013
En Junio 2013 cambian de esquema con respuesta completa
Julio 2013, cirugía de conservación de mama
Set. y Nov.. 2013 recibe , Radioterapia post cirugía y control
Abril 14, recurrencia pulmonar bilateral. Viaja a USA, para tratamiento
Julio 14, no recibió tratamiento en USA, y aumento de tos
Agosto 14, se hospitaliza por TAC (21-07-14) por Metástasis Cerebral, Pulmonar y Síndrome de HTE
Actualmente se le coloca CateterPorth para recibir Quimioterapia

A los 25 años de edad presentó ciertas molestias propias de algún problema de salud, como falta de apetito baja de peso, dolor ostearticular, pero debido a la falta de tiempo y conocimiento no llego a hacerse un control adecuado, hecho que recuerda con ira y arrepentimiento.
A los 26 años de edad termina una relación de 4 años con su pareja, por lo que sintió mucho esta separación, a partir de ello sentía mucha inseguridad y desconfianza en su entorno.

Además sufre la pérdida de su padre, quien era el que a pesar de su edad la persdona que inspiraba respeto y a la vez cariño en la casa, hasta la fecha sufren su ausencia.

V. HISTORIA PERSONAL

5.1 Desarrollo inicial

No tiene mayor referencias de datos significativos de sus primeros años, según refiere la paciente, su desarrollo en los primeros años ha sido sin ningún percance, se puede decir normal.

La paciente refiere que el embarazo de su madre fue deseado, y su evolución se dio dentro de lo normal, es decir sin complicaciones, siendo el parto normal .

Su desarrollo evolutivo se desenvolvió dentro de los parámetros esperados de un niño normal y no presentó ningún problema emocional significativo.

Ella fue una niña tranquila, sociable, le gustaba estar en la casa de una amiga con quien jugaba a la familia, era engreída, como era la última, muy observadora y celosa.

5.2. Educación

Inició su etapa preescolar a los 4 años, con rendimiento promedio y con cierta dificultad en la conducta durante la primera etapa de su infancia como de no obedecer, llorar con rabietas y pelear con sus compañeras. Era sobreprotegida. Debido al trabajo de su padre, ha estudiado en diferentes colegios lo cual le generó cierta inestabilidad.

Se consideraba una buena estudiante pero como resultado de su dinámica familiar inestable, algunos años su rendimiento académico fue irregular.

Su educación Primaria, la realizo en el Colegio Particular 26 de Julio de San Martin de Porres, donde fue una alumna regular sin mayores obstáculos en su rendimiento académico, por razones de cercanía a trabajo de su padre llevo la educación Secundaria en el Colegio Rosa de Santa María en Breña.

Vale decir que su educación Primaria y Secundaria tuvo un adecuado desempeño académico.
Al concluir sus estudios secundarios , su orientación académica es dirigida hacia los negocios trabajando en diferentes lugares de compra y venta de artículos y enseres, luego de 2 años postula a la Marina Mercante e ingresa a la Facultad de Contabilidad, llevando la Maestría en Asuntos Internacionales, realizando sus prácticas pre profesionales en las Diversas Agencias de Aduana en el Callao, donde su desempeño siempre fue eficiente..

5.3. Ocupación o trabajo

Trabajo a partir de los 18 años en varios oficios, pero siempre tenía preferencia en la compra y ventas de artículos, señala que se sentía muy contenta porque se adaptaba rápidamente a este tipo de actividades.
Más adelante, a través de su experiencia estudia Negocios Internacionales en la Marina Mercante del Perú y se recibe con el grado de Contadora . Actualmente trabaja en la SUNAT del Callao todos los jefes que ha tenido han sido buenos con ella, incluso recibía reconocimientos y cartas de felicitación, “me consideraban una buena Profesional, me decían que era una persona innovadora y que hacía cosas para mejorar dentro de mi trabajo”., pero actualmente por motivos de salud, esta con Descanso Medico prolongado y muy probable, que le otorguen Invalidez temporal en su inicio para posteriormente cambiar su situación a permanente. Ella se muestra intranquila por la situación actual

5.4. Hábitos e intereses,

Le gusta de escuchar música criolla y genero romántico, salía a divertirse con sus amigas los fines de semana antes de su problema oncológico .Desde hace 2 años vive con su novio, actualmente es el verdadero sostén de su enfermedad, ya que la acompaña permanentemente a los controles del Hospital y además está a la expectativa para el próximo tratamiento a seguir.

Con cierta tristeza, menciona que tenía muchos proyectos dentro de los cuales el matrimonio, pensaba mejorar su calidad profesional a través de curso de 2º Especialización, Maestría relacionadas a la Especialidad.

5.5. Cambios de residencia

Refiere que por razones de trabajo de su padre ha vivido en diferentes distritos como la Victoria, Magdalena donde paso su niñez, además en San Martin de Porres, San Borja y Finalmente en Breña, actualmente vive en La Perla Callao con su novio.
Sin embargo, no refiere haber tenido alguna dificultad para adaptarse a un lugar nuevo por lo que no se entró en detalles.

5.6. Enfermedades y accidentes

A la edad de 6 años padece de tos convulsiva, de pequeña refiere haber tenido también tos convulsiva, pequeña, Lucila refiere haber sufrido continuamente por dolor en las amígdalas, e infecciones estomacales por las que recibía atención médica
En la adolescencia ha padecido de dolores de garganta y amígdalas esporádicamente.
No refiere haber sufrido accidentes.

5.7. Personalidad

La paciente se describe como una persona de carácter fuerte, traviesa, distraída y amiguera, aunque a veces peleaba con sus compañeras. Recuerda que en su niñez su madre trataba siempre de alegrarla, sobre todo cuando había discusiones entre sus padres. Le hacía pasteles o jugaba con ella, para evitar que se sienta triste por las peleas que por épocas eran frecuentes y llegaban a agresiones físicas por parte de ambos padres.
Durante la adolescencia, menciona que tuvo su etapa de rebeldía, tenía solo dos amigas con las que compartía el mayor tiempo, así como con su enamorado. Se volvió introvertida, poco sociable y se enojaba con facilidad.

Sin embargo, cuando termina sus estudios Secundarios tenía muchas ganas de luchar por la vida, se sentía una mujer alegre, soñadora, con ganas de salir adelante y mejorar la calidad de vida de sus padres

Refiere que la gente que la conoce antes de su enfermedad, la describe como una mujer fuerte, trabajadora y responsable agradecida de su hogar. Pero, después del inicio de su enfermedad y un disgusto en su relación de pareja, su vida cambió, menciona que se volvió desconfiada, fría, poco atenta y más agresiva con la gente, que a veces no quiere ni que le hablen de su problema de salud; excepto cuando estaba en el trabajo, ya que su trato tenía que ser positivo de lo mejor para conservar su puesto.

5.8 Desarrollo psicosexual

Refiere que recibió educación sexual con videos de dibujos animados en la etapa escolar. No obtuvo información satisfactoria a su curiosidad en este aspecto parte de su madre, así que lo que quería saber lo hablaba con sus amigas.

Tuvo su primer enamorado a los 14 años, 3 meses después terminó la relación porque ya no le gustaba.

A los 18 años tiene su segundo enamorado, ambos estudiaban eran muy jóvenes y finalmente el viajo fuera del País, esa relación duro 1 año y 6 meses.

Luego a los 22 años tuvo otro enamorado con el cual tuvo su primera experiencia sexual, relación que dura 11 meses y termina cuando ella se entera que le fue infiel con una amiga en común.

A los 25 años conoce a su actual novio, un muchacho quien es su pareja y le acompaña a todas las citas y procedimientos que se tiene que asistir, piensan más adelante en una unión formal la del matrimonio, . La opción de convivir con su novio, lo decidió ya que él es la única persona que la apoya siempre.

5.9 Sueños

Refiere que en la actualidad tiene dificultades para dormir, por su deterioro físico a nivel pulmonar, la tos exigente permanentemente y el dolor de

cabeza por la metástasis cerebral, para ello le administran calmantes fuertes para que pueda conciliar el sueño y sentirse relajada. Por lo general duerme de 2 a 4 horas con soporte medicamentoso

VI HISTORIA FAMILIAR

La paciente viene de una familia funcional, de condición económica media
Su padre fallecido a los 92 años de edad de profesión comerciante, era el jefe de familia que imponía obediencia y daba las órdenes, bastante exigente con todos los hijos, poco comunicativo, había ocasiones que los castigaba físicamente, muy temperamental.
La madre fallecida a los 62 años se encargaba de que todos respeten las instrucciones que dejaba el padre, se dedicaba a los quehaceres de la casa como de la supervisión de los permisos y las tareas. La comunicación entre los padres era buena, pero a la vez rígida entre ellos conversaban mucho, no había mayor discusión ella tenía que hacer cumplir las órdenes que dejaba el padre y ellos se limitaban a obedecer.
El ambiente familiar era tranquilo, vivían en lo posible en armonía y todos colaboraban en los quehaceres de la casa.
El hermano Mayor Edwin de 50 años , está radicado en Estados Unidos, hace 10 años, casado con 3 hijos trabaja en una fábrica de Textil, siempre está a la expectativa de su hermana se comunican frecuentemente con su hermana.

La segunda hermana es Rosa de 48 años de edad, vive en Pueblo Libre casada con 2 hijos es Contadora de Profesión, trabaja en el Ministerio de Marina, ella es la que está siempre a la expectativa por la salud de su hermana, hay momentos en que se pone a llorar recordando lo que le paso a su hermana.
Su tercera hermana Gladys, fallecida a los 36 años de Cáncer de Ovario (2007), vivía en Chimbote, tiene 3 hijos era de carácter alegre, muy comunicativa dedicada a su casa. La enfermedad fue muy agresiva y en año y medio a pesar de todos los tratamientos alternativos, falleció, causando gran dolor y pesar en toda la familia.

VII EXAMEN CLINICO PSICOLOGICO:

Descripción física:

Paciente de 28 años de edad, de raza mestiza, de contextura delgada (57 Kg) y estatura aproximada de 1.60 m. aparenta su edad con respecto a su edad cronológica.

De rostro ovalado y de rasgos finos, tez blanca, ojos de color pardo, nariz perfilada, labios rosados y cabello castaño oscuro corto y ondulado.

En lo que respecta a su cuidado de la higiene personal, se presenta aseado a cada una de las sesiones vistiendo con ropa del Hospital.

Conciencia y niveles de alerta:

Se muestra lúcida, que en el transcurso de las sesiones mantiene la atención en un tiempo de respuesta adecuado a los estímulos que le rodean y se encuentra orientada en tiempo espacio y persona en la actualidad.

Actitud frente a la evaluación:

Denota una actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptiva, sin embargo las sesiones con cortas por un termino de tiempo de 10 a 15 minutos , debido a su estado mini funcional, que no le permite una comunicación fluida, ya que la tos interfiere la entrevista frecuentemente.

Se aprecia en la paciente sentimientos de frustración e impotencia, para enfrentar favorablemente sus dificultades.

Motricidad, praxias y lateralidad

El paciente permanece postrada en piso de Hospitalización por lo tanto su capacidad motora es limitada, siendo su andar lento, con ayuda del personal técnico que la atiende permanentemente en sus quehaceres básicos.

Presenta lateralidad derecha.

Atención y concentración:

L .C. presenta reacciones acordes con su estado actual, evidenciando interferencias en la capacidad de atención y concentración, debido a su estado de salud que le produce dolor, los que se intensifican cuando esta encuentra preocupada con respecto a su familia o su futuro incierto.

Procesos perceptuales:

L.C. evidencia un estado normal de sus procesos perceptivos en las diferentes modalidades: sensibilidad somática, olfativa, gustativa, visual, auditiva y táctil.

Pensamiento:

Durante el desarrollo de las sesiones, se denota que la paciente presenta un curso del pensamiento normal, que responde a las demandas estimulares que se le presentan; así también se muestra a un nivel abstracto que le permite sacar conclusiones con respecto a lo desarrollado en las sesiones y su situación actual

Presencia de pensamientos catastróficos y de filtraje recurrentes o ideas fijas con respecto a su salud, y en relación a su futuro, que le generan ansiedad, angustia, estados que no contribuyen en su recuperación.
La paciente presenta un curso del pensamiento normal, con un nivel que oscila entre el funcional y concreto. Se logran identificar abstracciones simples a partir de material y situaciones conocidas.

Lenguaje*:*
Durante las entrevistas, la paciente mantiene un lenguaje claro poco fluido. A lo largo de su discurso se perciben muchos cambios en la inflexión de voz. Cabe de resaltar que su narración es bastante expresiva, detalla con facilidad ciertas situaciones.
En la actualidad, evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje.

Su lenguaje no verbal es relativamente variado y se hace evidente a través de los gestos de las manos, gestos faciales y posturas que acompañan la narración de la paciente.

Funciones Cognoscitivas:

Impresiona una capacidad intelectual Promedio. Se evidencia normalidad en el desarrollo del razonamiento lógico abstracto que le permite llegar a algunas deducciones y autorreflexivas con respecto a algunos eventos de su historia personal.
Evidencia un estado de memoria promedio y acorde a las demandas del medio y la comprensión en las situaciones `propias de la entrevista.

Afectividad y estado de ánimo predominante:

La paciente evidencia manifestaciones de ansiedad e intranquilidad como un estado constante, esto siempre está asociado a su estado de salud (tos persistente cuando habla de temas relacionados a la evolución de su enfermedad).

INFORME PSICOLÓGICO

VI. DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRE	: C.R.L.
Edad	: 28 años.
Fecha de Nacimiento	: 26 de Agosto 1985
Lugar de Nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: Superior
Procedencia	: Pueblo Libre
Estad Civil	: Soltera
Ocupación actual	: Contadora – Lic. En Negocios
Referencia	: Servicio de Oncología Medica
Examinador	: Ps. Cesar Ernesto PingloGutierrez
Informantes	: La paciente
Fecha	: Agosto 2014

VII. Motivo de Consulta

La evaluada es referida de la unidad de Oncología Médica con Diagnóstico de cáncer de mama, manifestando estado de ánimo depresivo ideas negativas sobre su enfermedad, solicitando apoyo psicológico.

VIII. Observación de Conducta

Paciente de sexo femenino, que aparenta su edad, de contextura mediana y talla promedio, tez blanca, de aspecto ordenado. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona; con estado de consciencia adecuada.

Durante la entrevista, inicialmente se mostró con poca motivación, sin embargo su actitud cambia cuando se establece un buen rapport y presta colaboración en el desarrollo de las sesiones.

Tiende a mirar a las paredes y al suelo, variando su mímica de acuerdo al contenido de su pensamiento.

Pensamiento integrado por ideas negativas respecto a su enfermedad y futuro, así sus niveles de atención y concentración se ven alterados por su estado anímico actual así como el sueño y apetito.
Su medio de expresión lo hace mediante un lenguaje claro, coherente pero poco fluido con variaciones en la inflexión de voz, por la persistente tos, como resultado del su problema de fondo.

IX. Antecedentes clínicos de importancia

- Familiar : Hermana fallecida de Cáncer de Ovario a los 37 años
- Nov, 2012 Ca de mama Izquierda – triple negativo. EC II A multifocal
- Bp Cáncer Infiltrante ductal G 3
- Receptor Estrógeno (-) .
- Receptor de Progesterona (-)
- Heceptest (-)
- KI 75 : 50%
- Probable mutacion del Gen BRACA 1
- Inicio Quimioterapia Neoadyuvante, hasta Febrero 2013
- En Junio 2013 cambian de esquema con respuesta completa
- Julio 2013, cirugía de conservación de mama
- Set. y Nov.. 2013 recibe , Radioterapia post cirugía y control
- Abril 14, recurrencia pulmonar bilateral. Viaja a USA, para tratamiento
- Julio 14, no recibió tratamiento en USA, y aumento de tos
- Agosto 14, se hospitaliza por TAC (21-07-14) por Metástasis Cerebral, Pulmonar y Síndrome de HTE
- Actualmente se le coloca CateterPorth para recibir Quimioterapia

- A los 25 años de edad presentó ciertas molestias propias de algún problema de salud, como falta de apetito baja de peso, dolor ostearticular, pero debido a la falta de tiempo y conocimiento no llego a hacerse un control adecuado, hecho que recuerda con ira y arrepentimiento.
- A los 26 años de edad termina una relación de 4 años con su pareja, por lo que sintió mucho esta separación, a partir de ello sentía mucha inseguridad y desconfianza en su entorno.

- Además sufre la pérdida de su padre, quien era el que a pesar de su edad la persona que inspiraba respeto y a la vez cariño en la casa, hasta la fecha sufren su ausencia.

V - Pruebas Psicológicas

- Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger (CCGB)
- Inventario de Cociente Emocional ICE BARON
- Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA)
- Escala de Auto medición de Depresión (EAMD)

VI – Análisis de los Resultados

Área cognitiva:

Presenta capacidad intelectual promedio, adecuado nivel de procesos sensoriales y perceptivos. Estado de memoria y consciencia conservado. Pensamiento y lenguaje coherente, con carga emocional negativa situacional, es decir, característica negativa presente debido a su estado de salud. El mismo que, en ocasiones, interfiere en la expresión adecuada de la misma; además evidencia actitudes de indefensión, incontrolabilidad e incertidumbre que son generados en la paciente por la situación que está viviendo. La asociación entre el termino metástasis y la muerte le genera sentimientos de vulnerabilidad y pensamientos catastróficos e ideas recurrentes de muerte que se expresan también a nivel fisiológico y motor. La incertidumbre se genera ante la imposibilidad de predecir los acontecimientos y la falta de información respecto a su pronóstico.

Por otro lado muestra un bajo nivel de autoestima relacionado con la disminución de su actividad y deterioro físico como resultado de los tratamientos agresivos.

Área afectiva:

Presenta niveles altos de ansiedad y depresión, carga emocional negativa frente a su cuadro de fondo. Sentimientos de minusvalía y desaprobación,

además de tristeza y miedo al dolor y a la muerte. Reacciones de ira, agresividad y poca tolerancia a la frustración, así como escaso desarrollo de estrategias de afronte a las dificultades, por lo que su cuadro clínico ha avanzado rápidamente.

Es de orientación pasivo-retraída, sus actos están revestidos de una connotación emocional que tiñe sus contenidos asociativos con un matiz de inseguridad y desconfianza en la organización de su experiencia.
Revela inestabilidad emocional, que se manifiesta a través de la carencia de un verdadero control afectivo, ya que su afectividad se halla reprimida y temerosa de expresarse, creando una norma de conducta cautelosa, apática, distante que parcialmente le proporciona estabilidad, pero dan por resultado un campo de vivencias estrecho.

Área socio-familiar:
En su historia de vida familiar, se encuentran antecedentes de estilos parentales autoritarios por parte de la figura paterna, y negligente de la figura materna, quienes le encargaron desde pequeña tareas de responsabilidad en la casa. En la actualidad mantiene una relación estrecha con su novio vive con el y una tía hace 2 años.

La paciente evidencia dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales significativas, independientemente de la relación bastante estrecha a nivel afectivo que mantiene con su novio, con quien ha establecido un vínculo de codependencia. La relación con sus otros hermanos es afectiva, cuenta con ellos siempre pero a la vez de preocupación por su estado de salud actual.

X. Conclusiones

- Paciente, en la actualidad con nivel intelectual promedio, adecuado nivel de procesos sensoriales y perceptivos.
- Evidencia estados altos de ansiedad y depresión, siendo la ansiedad un rasgo caracterológico.

- Presenta sentimientos de desesperanza, ideas negativas, que tiñen sus contenidos asociativos y con escasa tolerancia a la frustración.
- Bajo nivel de autoestima
- Cuenta con apoyo familiar (novio) en su situación actual.

XI. Presunción Diagnóstica:

Trastorno de Adaptación mixto de ansiedad y depresión (F43.2)

XII. Recomendaciones

- Promover relaciones afectivas estables
- Elevar nivel de autoestima
- Reforzar mecanismos motivacionales
- Identificación de pensamientos automáticos
- Técnicas de confrontación
- Bloqueos de pensamientos negativos
- Técnicas de Respiración y Relajación
- Seguimiento

PLAN DE TRATAMIENTO

Tomando en cuenta el perfil de personalidad de la paciente y los niveles de ansiedad y depresión que presenta la paciente que redunda negativamente en la recuperación de su salud, es que se escoge como plan de tratamiento la Terapia Cognitivo Conductual, cuya premisa básica es que el modo en que **interpretamos** los acontecimientos de nuestras vidas (pensamientos) determina como nos **sentimos** con respecto a ellos (emociones).

Las personas con problemas emocionales, tienden a distorsionar la realidad, por lo que es fundamental, enseñar a la paciente ser más precisa en la forma de interpretar las situaciones para sentirse mejor.

Por otro lado de acuerdo a la conceptualización cognitiva, la emoción es un estado subjetivo que resulta de la valoración o evaluación de estímulos internos y externos.

Para la Terapia Cognitiva y acorde con otras teorías cognitivas de la emoción, la evaluación determina el tipo de intensidad y persistencia de la experiencia emocional. Más específicamente, esta experiencia emocional ocurre en el contexto de la interacción y transacción dinámica entre la persona y el medio (Lazarus y Folkman, 1986).

El modelo de psicopatología en el que se fundamenta la Terapia Cognitiva, otorga a los pensamientos automáticos y a las distorsiones cognitivas un rol central en el desencadenamiento y mantenimiento de emociones negativas como la ansiedad, depresión y la ira.

El efecto negativo de los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas (su falta de identificación y control) se ha reconocido prácticamente en todos los desórdenes mentales por Ejm. fobias, ansiedad generalizada, depresión, estrés, desordenes de personalidad entre otros.

En tal sentido la Terapia Cognitiva en numerosas investigaciones ha demostrado su efectividad en trastornos como la ansiedad y la depresión, se basa en un enfoque activo que enseña al paciente a dominar sus propias emociones mediante el control de sus pensamientos.

Terapia Cognitivo – Conductual

Áreas a Intervenir

- **ÁREA COGNITIVA**

Objetivo:

- Re conceptualizar distorsiones cognitivas, mediante la técnica de Reestructuración cognitiva

- **ÁREA AFECTIVO – EMOCIONAL**

Objetivos:

- El objetivo principal de la terapia es de mejorar el nivel de control activo y autodominio sobre sus emociones y adquiera su calidad de vida.

- Reducción de la ansiedad y control de síntomas asociados a la Quimioterapia y Radioterapia mediante las Técnicas de Relajación y Visualización.

- **ÁREA FAMILIAR – SOCIAL**

Objetivos:

- Mejorar las relaciones familiares que sean más afectivas y estables, a través de una comunicación asertiva..

Técnica: Detección y cambio de pensamientos negativos

Pensamiento (grado de creencia 0-5)	**Emoción (intensidad 0- 5)**
Temor a no recuperarse 5	Miedo 5
Preocupación a no tener familia 5	Ansiedad 5
No valerse por si misma 5	Tristeza 5

Sesión 1

Objetivo: Disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.

Estrategia:

Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Técnica: Comunicación asertiva y Técnica de respiración y relajación (Progresiva de Jacobson).

Sesión 2°

Objetivo: Manejo del dolor.

Estrategia:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización y características

Determinar el impacto dela experiencia del dolor, sobre la calidad de vida

Técnica: Práctica de la visualización, exploración corporal y registro de eventos agradables para la producción de Endorfina y tener mayor resistencia al dolor.

Sesión 3ª

Objetivo: Entrenamiento en el reconocimiento de sus propias emociones y de la conexión existente entre su cuerpo y su mente.

Estrategias:

Comentar la experiencia emocional con el paciente.

Ayudar minimizar emociones negativas y reforzar sus fortalezas que redundara en su sistema inmunológico.

.Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias.

Técnica: Realización de prácticas de respiración con exploración corporal.

Sesión 4ª

Objetivo: Mejorar la habilidad para el afrontamiento de la enfermedad.

Estrategias:

Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento..

Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

Técnica: Estrategias de afrontamiento: promoviendo el uso de las conductas activas, cognitivas y conductuales, en la vida cotidiana y como hacer frente a las situaciones generadoras de estrés que se presenten.

Recursos personales y afrontamiento

Preguntas	Paciente
¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?	No recuperarme
Desde que le diagnosticaron ¿hasta qué punto encuentra dificultad para hablar de sus sentimientos? (0-10)	Me es difícil expresar lo que siento…(8)
¿Cuánto esfuerzo le cuesta hacer frente a esta situación? (ningún esfuerzo: 0 – muchísimo: 10).	Para mí me cuesta mucho manejar mi enfermedad, a veces me descontrolo..(8)
¿Se siente capaz de afrontar su situación? (nada: 0 – muchísimo:10)	Pienso que puedo afrontar mi enfermedad pero con algo de sufrimiento emocional (5).
Desde que tiene la enfermedad ¿Qué le ayuda a sentirse mejor?	Que la ciencia está avanzando y los tratamientos que recibo son efectivos porque me siento mejor que antes.

Sesión 5º

Objetivo: Mejorar la capacidad de autocontrol emocional antes, durante y después de la quimioterapia y radioterapia.

Estrategias: Iniciar con la técnica de relajación progresiva, basada en la respiración profunda y en la tensión y relajamiento progresivo de las zonas del cuerpo.

Utilizar sus sentidos y la técnica de visualización de imagines positivas para mejorar las sensaciones físicas y psicológicas agradables que generen en la paciente un mayor bienestar emocional.

Técnica: Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

CONCLUSIONES

L.C durante su estancia hospitalaria y en su hogar se ha logrado que sus patrones de pensamiento poco saludables mejoren notablemente a través de respuestas saludables y realistas ante situaciones difíciles:

Área Cognitiva

- Identificar los pensamientos automáticos relacionados con las ideas de desvalorización, con el fin de modificarlos paulatinamente
- Identificar las creencias irracionales respecto a su evaluación negativa de la realidad.
- Reconocimiento de pensamientos que generan ideas de desvalorización y minusvalía
- Aplicar nuevas alternativas para la solución de problemas inmediatos, acorde a los recursos que tiene en la actualidad.

Área Afectiva

- Reconocimiento de estados anímicos de ansiedad y depresión en su rutina diaria
- Identificar las distorsiones cognitivas relacionadas con el estado de ánimo.
- Modificar los pensamientos relacionados con el estado de ánimo.
- Promover la expresión de emociones agradables
- Aplicación diaria de técnica de respiración y relajación.

Área Socio Familiar

- Ha mejorado a través del desarrollo de conductas adecuadas de interacción con las personas que la rodean
- Reconocimiento a la familia como institución importante del ser humano.

DIAGNOSTICO

El motivo por el que fue derivado a Psicología era por el cuadro de ansiedad y depresión que era portadora la paciente, con la intervención psicoterapéutica detallada, se evidencia que el TRASTORNO DE ADAPTACIÓN se encuentra en remisión, resultado que está asociado al mejoramiento de su salud física.

RECOMENDACIONES

- Continuar con la práctica de las técnicas aprendidas.
- Práctica diaria de técnicas de respiración y relajación,
- Ejercicios de técnica asertivas
- Control y seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.

Arbizu, J.P. et al (2000). Factores *psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Anales Sis San Navarra*, Vol. 24, Suplemento 1.

Artal A, Martínez J. *Diagnóstico de extensión en Oncología Médica.* 2ª edition. Mc Graw -Hi l. Interamericana 1998:211-229.

Bellver, A. et al. (2009). *Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Psicooncología. Vol. 6, Núm. 1, pp. 139-154.*

Brian W (2,010) El efecto Gratitud. Ed. Urano España.

Caballo V. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI, 1997.

Calvo, F. (2009). *La técnica de relajación sugestiva breve automatizada. Ansiedad y Estrés*, 15, 119-130.

Goleman D. (2,013) Emociones Destructivas . Ed.Kairos Barcelona

Jeffrey Y. (2,001) Reinventa tu vida,Ed. Paidos España

Labrador, F. (200) *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica.* Madrid. Dykinson.

Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*- Washington 1995.

Resolución de Gerencia General de prestaciones de Salud N° 157 –GCPS-ESSALUD-2010.

Resolución de la Oficina central de Planificación y Desarrollo N° 07 OCPD-ESSALUD-2010.

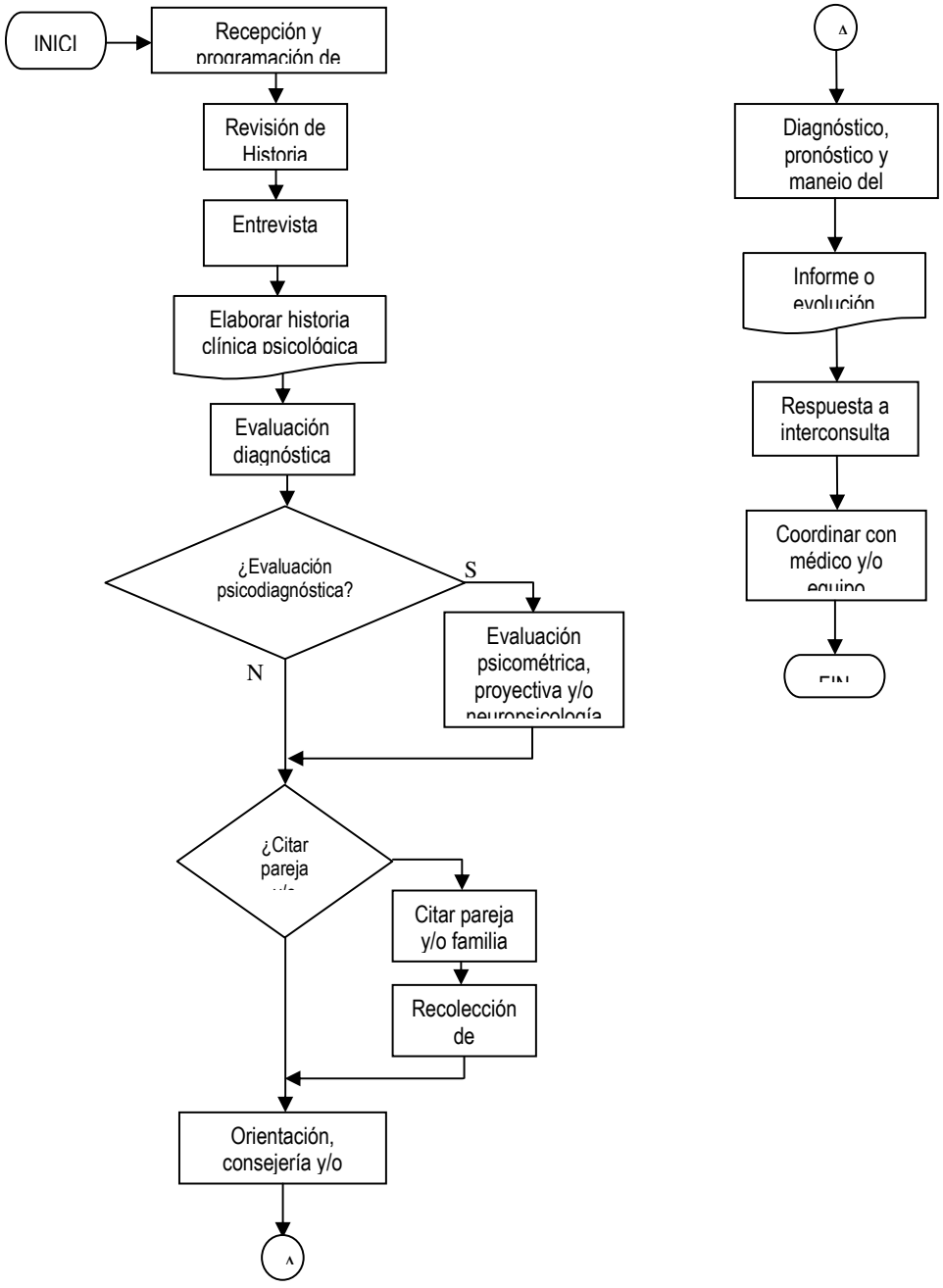
Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck*—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta, 29(124), 239-288.

Suarez M, Delgado R, Carreras JL. *PET en cáncer de mama. PET en Oncología.* JL. Carreras, L Lapeña, C Asensio .Nova Sidonia Oncología - Hematología 2002:71-90

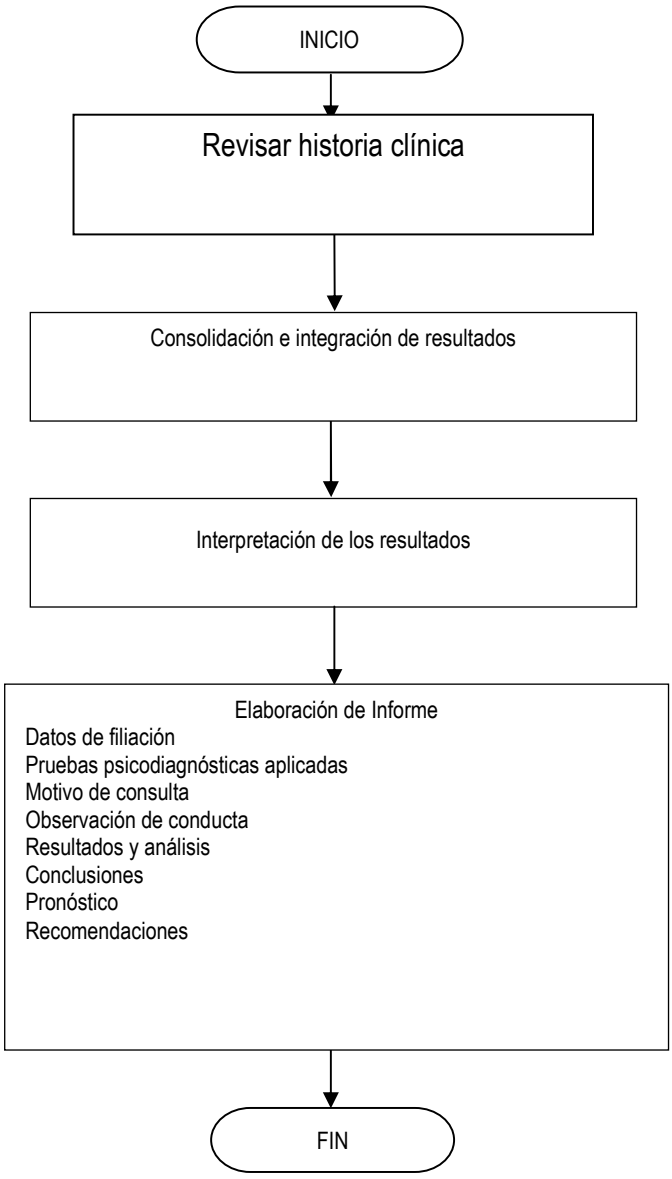
Vela Velásquez, Carmen (2012) *Evaluación de la calidad de atención de un servicio de salud desde el punto de vista de los usuarios* Lima – Perú .Editorial de la U.N.M.S.M

ANEXOS

Flujograma de Consulta Psicológica a Pacientes Hospitalizados



Flujograma de la elaboración del Informe Psicológico



ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN-HAD

Nombre:	Fecha:	H.C.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso
   a) Todos los días
   b) Muchas veces
   c) A veces
   d) Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer
   a) Como siempre
   b) No lo bastante
   c) Sólo un poco
   d) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder
   a) Definitivamente y es muy fuerte
   b) Sí, pero no es muy fuerte
   c) Un poco, pero no me preocupa
   d) Nada

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas
   a) Al igual que siempre lo hice
   b) No tanto ahora
   c) Casi nunca
   d) Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
   a) La mayoría de las veces
   b) Con bastante frecuencia
   c) A veces, aunque no muy seguido
   d) Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre
   a) Nunca
   b) No muy seguido

c) A veces
d) Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
   a) Siempre
   b) Por lo general
   c) No muy seguido
   d) Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento
   a) Por lo general en todo momento
   b) Muy seguido
   c) A veces
   d) Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de vacío en el estómago
   a) Nunca
   b) En ciertas ocasiones
   c) Con bastante frecuencia
   d) Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado
   a) Totalmente
   b) No me preocupa como debiera
   c) Podría tener un poco más de cuidado
   d) Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
   a) Mucho
   b) Bastante
   c) No mucho
   d) Nada

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro
   a) Igual que siempre
   b) Menos de lo que acostumbraba
   c) Mucho menos de lo que acostumbraba
   d) Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro
    a) Muy frecuentemente
    b) Bastante seguido
    c) No muy seguido
    d) Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
    a) Seguido
    b) A veces
    c) No muy seguido
    d) Rara vez

ESCALA ZUNG

Apellidos y nombres: _____ Grado de Instrucción: _____
Edad Cronológica:_____ Fecha de aplicación:_____

A continuación responda con sinceridad a las afirmaciones abajo enunciadas (20 en total), marcando con un aspa (X) la respuesta que mejor lo describa.

	-Muy poco tiempo - Muy pocas veces. - Raramente	- Algún tiempo - Algunas veces - De vez en cuando	- Gran parte del tiempo - Muchas veces - Frecuentemente.	- Casi siempre - Siempre. - Casi todo el tiempo.	P
1. Me siento triste y deprimido					
2. Por las mañanas me siento mejor que por la tardes.					
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.					
4. Duermo mal por las noches o me cuesta dormir mucho.					
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.					
6. Aun me siento atraído personas del sexo opuesto.					
7. Noto o siento que estoy perdiendo peso (adelgazando).					
8. Estoy estreñido (a).					
9. Me late el corazón más aprisa que de costumbre.					
10. Me canso sin motivo o por cualquier cosa.					
11. Tengo la mente tan clara como antes.					
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.					
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.					
15. Estoy mas irritable que de costumbre.					
16. Me es fácil tomar decisiones.					

17. me siento útil y necesario para la gente.					
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.					
19. Sería mejor para los demás que me muriera.					
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.					
PUNTUACIÓN TOTAL					