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 Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, Essalud : trastorno ansioso depresivo en adolescente mujer en edad escolar con intento de suicidio

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

Dalila Yraida Contreras Rondon

LIMA – PERÚ

2014

DEDICATORIA:

A Dios porque en el creo y a cada instante siento su apoyo más aun en estos momentos de gran expectativa por la vida frente a mi rol profesional en el cuidado de los niños.

A mi familia por su constante apoyo efectivo y moral a cada instante de mi vida que me da fuerza y me impulsa a seguir creciendo como persona y como profesional.

Mis más sinceros agradecimientos a la Mg. Rosa Elena Huerta Rosales por sus enseñanzas y gran calidad humana demostrando ser una maestra excepcional.

INDICE

INTRODUCCION

I PARTE

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

- Historia de la Institución……7
- Historia del Hospital……..12
- Historia del Servicio de Psicología……..15

  Organigramas del Servicio……...19
- Historia del Servicio de Pediatría……22
- Historia del Servicio de Oncohematología Pediátrica……..26

  Actividades que se realiza en el Servicio……27

  Trabajo Psicooncologico en el Servicio…….……29

  Estadísticas del Servicio del año 2012 y 2013……..36
- Atención Ambulatoria (Consulta Externa en Pediatría)……40

  Fluxogramas de Consulta Externa……..42

  Estadísticas de Consulta Externa del año 2012 y 2013……..45
- Material Psicométrico utilizado……49

II PARTE

CASO CLINICO:

- Anamnesis……..……71
- Informe Psicológico……75
- Plan de Tratamiento……79

BIBLIOGRAFIA……85

FOTOGRAFIAS

INTRODUCCION

Psico-oncología pediátrica, es parte de la psicología clínica que se ocupa de la prevención y del tratamiento de los posibles problemas psicológicos reactivos al diagnostico de cualquier enfermedad neoplásica maligna, así como los problemas y apoyo en la familia del niño diagnosticado con estas enfermedades.

La enfermedad oncológica no solo afecta a los propios enfermos sino también repercute en mayor o menor medida en sus familiares y seres queridos. El sufrimiento de cáncer por parte de algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante que implica alteraciones emocionales y funcionales. Cabe señalar también la importancia del trabajo en equipo (Médico oncólogo, Psicólogo, Trabajadora Social, Nutricionista, Enfermera y Técnicos) y evaluar tanto la eficacia de las intervenciones profesionales de la psicología como del resto de disciplinas y el conjunto de todas ellas en el resultado final de los cuidados del paciente oncológico. En tanto, en el caso del fracaso curativo del tratamiento, el contribuir a la aceptación de la realidad y el aconsejar el modo de abordar el sufrimiento, constituyen elementos fundamentales en el mantenimiento de una calidad de vida aceptable. Sin olvidar que mas allá de todos los intereses estamos trabajando por la dignidad del ser humano hasta el final de la vida.

El presente Informe traduce el trabajo realizado en una Institución de Salud EsSalud – Hospital Rebagliati, un Hospital altamente especializado en el Área de Pediatría especialidad de Oncohematologia hospitalaria y la Consulta Externa de Psicología Clínica. La atención que se brinda es a pacientes niños Oncológicos desde 1 mes de nacido hasta los 13 años 11 meses 29 días.

La atención psicológica es integral, directamente al niño y a su familia, con una orientación Cognitiva Conductual.

La enfermedad Hemato – Oncológica es progresiva y deteriorante, con gran desgaste emocional físico para el paciente que por su edad está desprovisto de mecanismos de ajuste y afronte frente a la dolencia traumática de la

enfermedad. Por lo que se hace muy necesaria la presencia del profesional Psicólogo para abordarlo.

La estructura del trabajo ha sido dividido en 2 partes: La primera parte consta del Desarrollo de las Actividades, en el que se han incluido las reseñas históricas de la Institución - EsSalud, del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”, del Servicio de Psicología, del Servicio de Pediatría y del Servicio de Oncohematología Pediátrica, así como del trabajo que se realiza en hospitalización y los materiales psicométricos utilizados; en la segunda parte consta del Caso Clínico en el que se han incluido la Anamnesis, Informe Psicológico y el Plan de Tratamiento.

I PARTE

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Diagnostico Institucional

Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud).

Historia de la Institución:

Contexto histórico de la Seguridad Social en el Perú

La creación de la seguridad social en el Perú fue resultado de la confluencia de dos procesos:

Por un lado, hubo una fuerte corriente internacional de promoción de las primeras experiencias de seguros sociales en Europa, proceso que se aceleró luego de la Primera Guerra Mundial y la ocurrencia dela Gran Depresión de 1929. Jugó también un papel destacado la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creado como consecuencia de la Conferencia de Paz de Versalles (1919), y que tiene como órgano supremo a la Conferencia Internacional del Trabajo, que promovió (en el período de 1919 a 1935) la implantación de sistemas de seguros sociales en el hemisferio occidental.

Por otro lado, en el plano nacional, los movimientos sindicales y políticos emergentes durante la década del veinte introdujeron en la agenda pública la necesidad de contar con sistemas de protección social en el país, demanda que fue recogida en el artículo 48.o de laConstitución Política del Perú de 1933, que prescribía que: "la ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros".

En virtud de ello, el gobierno peruano, durante el año 1935, envió a Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara a estudiar la organización de los programas de seguridad social en Argentina, Chile y Uruguay.

Fusión de los seguros en el Seguro Social del Perú

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 que fusionaba los diferentes regímenes de pensiones N.° 20212 se creó el Seguro Social del Perú, que fusionaba los ex seguros sociales Obrero y del Empleado en un único organismo administrativo.

El Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú fue creado el 27 de marzo de 1979, por el Decreto Ley N.° 22482, el cual estableció una tasa de aporte para los asegurados obligatorios de 7.5%. La segunda disposición transitoria del Decreto Ley N.° 22482 estableció la necesidad de un estudio matemático-actuarial, que se realizó con el apoyo de la OIT, el cual elevó la tasa de aportaciónal 9% y permitió el saneamiento económico del Seguro Social.

De otro lado, este dispositivo configura una nueva cartera de servicios, incorporando las prestaciones preventivo-promocionales, la educación sanitaria y las prestaciones económicas.

El Instituto Peruano de Seguridad Social

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS "…es una institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable…" y que "Los estudios actuariales de los diferentes

regímenes de seguridad social que administra el IPSS se realizarán con la periodicidad que sea necesaria y obligatoriamente cada tres años".

En la década de los 90, el Estado, a través del Decreto Ley N.° 25897, crea el Sistema Privado de Pensiones y, posteriormente, el 6 de diciembre de 1992, crea por Decreto Legislativo la Oficina de Normalización Previsional, como entidad encargada de administrartodos los regímenes de pensiones, quedando el IPSS solamente a cargo de las prestaciones de salud, las prestaciones sociales y las prestaciones económicas.

Creación del Seguro Social de Salud

El 15 de mayo de 1997 se dicta la Ley N.° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social. Su reglamento fue aprobado por Decreto Supremo N.° 009-97-SA.

El 30 de enero de 1999 se promulga la Ley N.° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que precisa sus funciones, organización, administración y prestaciones. Respecto a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), el artículo 3.° de la citada ley establece que son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación.

Con la Ley N.° 27056, se termina de configurar el marco normativo que rige actualmente a la institución.

VISION Y MISION DE LA INSTITUCION:

Visión:

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

Misión:

“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”.

Principios de la seguridad social:

Solidaridad

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

Universalidad

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

Igualdad

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

Unidad

Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

Integralidad

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

Autonomía

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

OBJETIVOS DE LA INSTITUCION:

- Mejorar la salud y la calidad de vida mediante un sistema de seguridad social centrado en el usuario.

- Otorgar prestaciones integrales orientadas a la atención primaria con equidad calidad y eficiencia.

- Administrar los recursos institucionales con eficiencia y transparencia asignándolos con equidad y oportunidad.

- Mejorar la gestión y organización institucional introduciendo por consenso elementos de reforma en salud.

RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

La historia de este hospital se inició el 3 de noviembre de 1958 durante el segundo mandato del presidente Manuel Prado y Ugarteche: el año pasado cumplió 50 años de vida. Cuando se fundó, el Hospital del Empleado tenía un personal de 167 médicos y enfermeras. Su primer director fue el médico Guillermo Kaelin, cuyo nombre ahora lleva el auditorio del nosocomio.

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 especial en los aspectos asistenciales y de financiamiento, con el fin de optar fórmulas que descartaran los factores que habían hecho fracasar la valiosa conquista social en otros países. 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.

La historia del nosocomio se inicia el 3 de noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado, cuando con un personal de 167 médicos y enfermeras se funda el Hospital del Empleado. Su primer director fue el galeno Guillermo Kaelin, cuyo nombre ahora lleva el auditorio.

En 1973, el Hospital del Empleado pasó a llamarse Edgardo Rebagliati Martins, en reconocimiento al periodista y abogado que logró crear el Seguro Social de

Salud del Empleado. Fue ministro de Salud Pública y Asistencia Social; no logró ver culminado su gran proyecto pues falleció en 1957. En 2008, el hospital fue declarado “Patrimonio Arquitectónico de la Seguridad Social del Perú”.

Servicios

Cada año, 27 mil personas son operadas en este nosocomio por alguna enfermedad. Y aunque en el inicio eran solo 466 camas para las personas con necesidad de quedarse internadas, hoy hay más de mil 500.

Pero, además, de las 85 especialidades médicas que se ofrecen, el nosocomio cuenta con cinco unidades especializadas en cuidados intensivos (medicina general, neuroquirúrgica, cardiovascular, pediatría y neonatología). Todas poseen equipos de monitoreo y tratamiento de última generación.

Se calcula que cada mes se atienden 40 mil consultas externas. Otro dato adicional, desde hace 11 años, en sus ambientes, nacieron 82 mil peruanos.

Jorge Castillo Aguilar, gerente de la Red Asistencial Rebagliati, considera uno de los mejores resultados obtenidos en los casi 50 años de existencia los 360 trasplantes de médula ósea realizados en sus instalaciones.

“Aunque se han corrido riesgos con estos trasplantes, hemos tenido grandes resultados. Nuestra labor empieza desde que el paciente llega y termina cuando la enfermedad que lo aqueja se va.”

En la actualidad, la red asistencial Rebagliati cuenta con 14 policlínicos de salud en distintos lugares de Lima Metropolitana.

Castillo afirma que la labor de lucha contra las enfermedades no acaba. “Tratamos de estar a la par con la medicina de otros países, para atender mejor a las miles de personas que ponen su vida en nuestras manos y confían en los especialistas peruanos.”

Tecnología

El galeno explica que el hospital Edgardo Rebagliati es de alta generación y que logró avanzar en la medicina con equipos de alta tecnología. “Nosotros pretendemos que para fin de año contemos con dos mil 114 máquinas de alta tecnología, que nos ayuden a mejorar el tratamiento de las enfermedades.”

Las últimas adquisiciones tecnológicas son dos tomógrafos multicorte para el área de Radiología, capaces de reconstruir los órganos en imágenes de hasta 16 cortes tridimensionales.

Asimismo, posee una cámara gamma para medicina nuclear. En urología se tiene un litotriptor, equipo que, sin necesidad de cirugía, pulveriza los cálculos alojados en los riñones y la uretra.

Para hacer más eficientes las citas médicas, este nosocomio habilitó 16 módulos de gestión de colas (monitores de pantallas planas) que permiten avanzar en orden las consultas.

Con estos servicios y equipos, el hospital Edgardo Rebagliati –situado entre la avenida Salaverry y el jirón Domingo Cueto– busca agilizar y mejorar la atención a sus pacientes.

SERVICIO DE PSICOLOGIA

Historia y aspectos generales

En 1962 se forma la Unidad de Psicología dependiente del Servicio de Psiquiatría, en el entonces Hospital del Empleado, teniendo como Jefe al Dr. Luis Estrada de los Ríos, el primer psicólogo del Perú. En el año de 1985 contaba ya con 8 psicólogos. La creciente demanda de atención de la especialidad hizo que luego se convirtiera en un Servicio de Psicología y luego paso a ser un Departamento asistencial con 4 Servicios y se insertó en la Gerencia de Ayuda al Diagnostico y Tratamiento. En el año 1992 laboraban ya en el hospital 38 psicólogos.

Desde entonces y con el desarrollo de la joven aún carrera de Psicología, han ido apareciendo cada más especialidades y sub especialidades de acordes con los avances en la investigación científica y la experiencia en el campo clínico.

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 los diferentes niveles de atención.

La carrera de Psicología en su especialidad clínica ha alcanzado un alto grado de desarrollo y especialización teniendo como los servicios de mayor demanda lasespecialidades médicas de neurología, neurocirugía, salud mental, rehabilitación, emergencia, UCI y UCIN, pediatría, oncología y en general casi todas las especialidades medicas requieren en mayor o menor medida la intervención del psicólogo como miembro de equipo multidisciplinario , laborando en algunas aéreas a dedicación exclusiva, a tiempo parcial en otras y en las demás a través de interconsultas.

- Nuestro trabajo se desarrolla en **Hospitalización, Consulta Externa, Áreas Críticas y Emergencia**.
- La demanda que atendemos se da a través de interconsultas en Consulta Externa, y atención directa e interconsultas en los servicios de Hospitalización.

- Participamos en los proceso de selección de personal y en los programas de mejoramiento del Clima Organizacional de la Institución.

Características de la Infraestructura:

El servicio de Psicología del HNERM, se encuentra establecida en el primer piso del Edificio principalque tiene una edificación de material noble, distribuida en 2 espacios, 1 ambiente destinado a la Jefatura del área, y 1 sala para la ejecución de talleres y terapia de grupo o terapias familiares. Adicionalmente, se cuentan un consultorio en el primer piso, en el lado C destinados a la atención ambulatoria para la consulta externa.

Organización:

Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Medico 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.

La población que atiende nuestro Departamento 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.

Objetivos:

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son transferidos 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.

Misión y Visión del Servicio de Psicología:

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"

VISIÓN: "Ser una servicio que líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado"

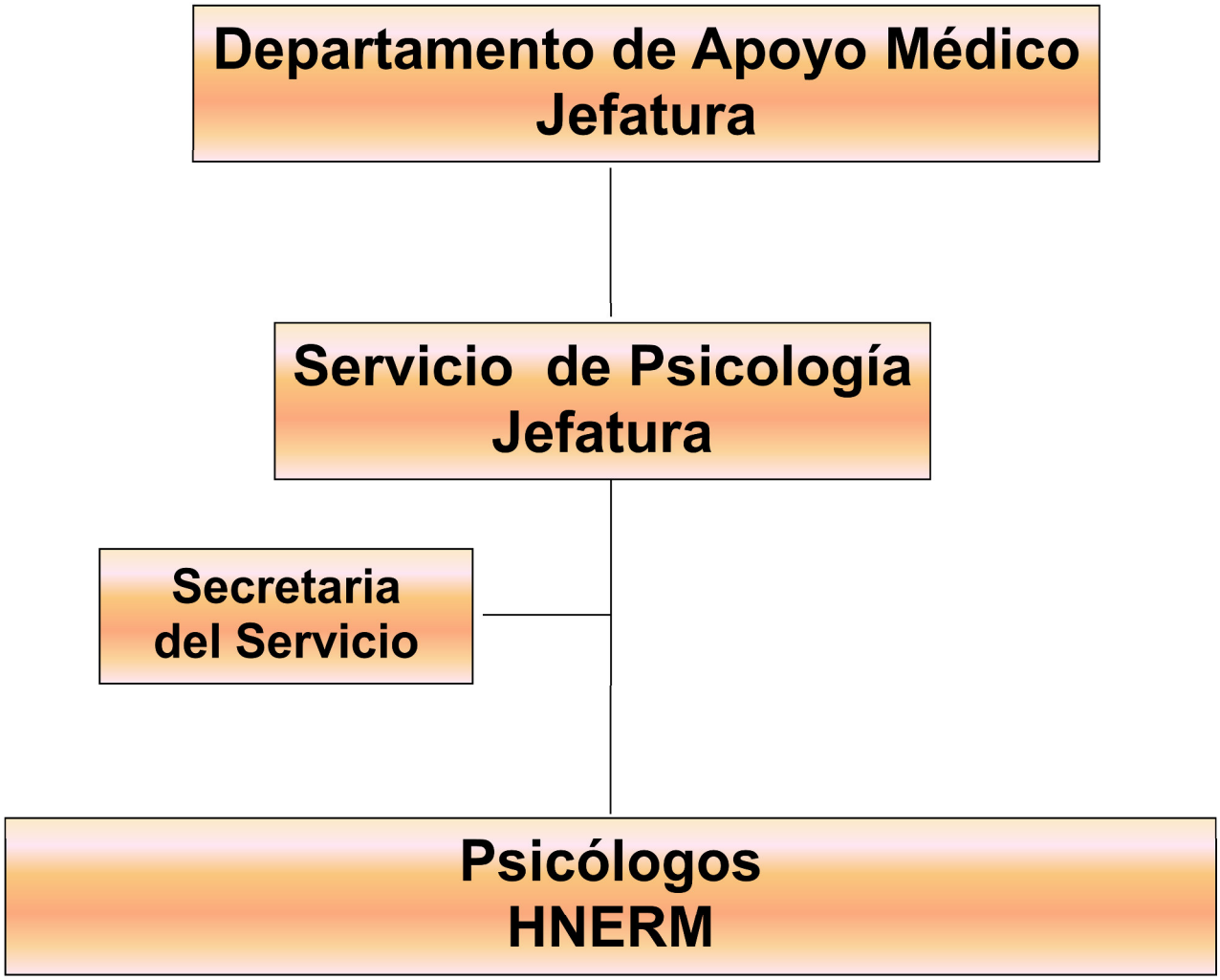
LINEAS ESTRATEGICAS Y LINEAS DE ACTUACION:

1. Promoción y prevención de la salud psicológica.
2. Mejora de la calidad de los servicios en Psicología.
3. Mejorar la tecnología de la información.
4. Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales.
5. Mejoras en la infraestructura para la atención al paciente.
6. Mejorar el equipamiento.

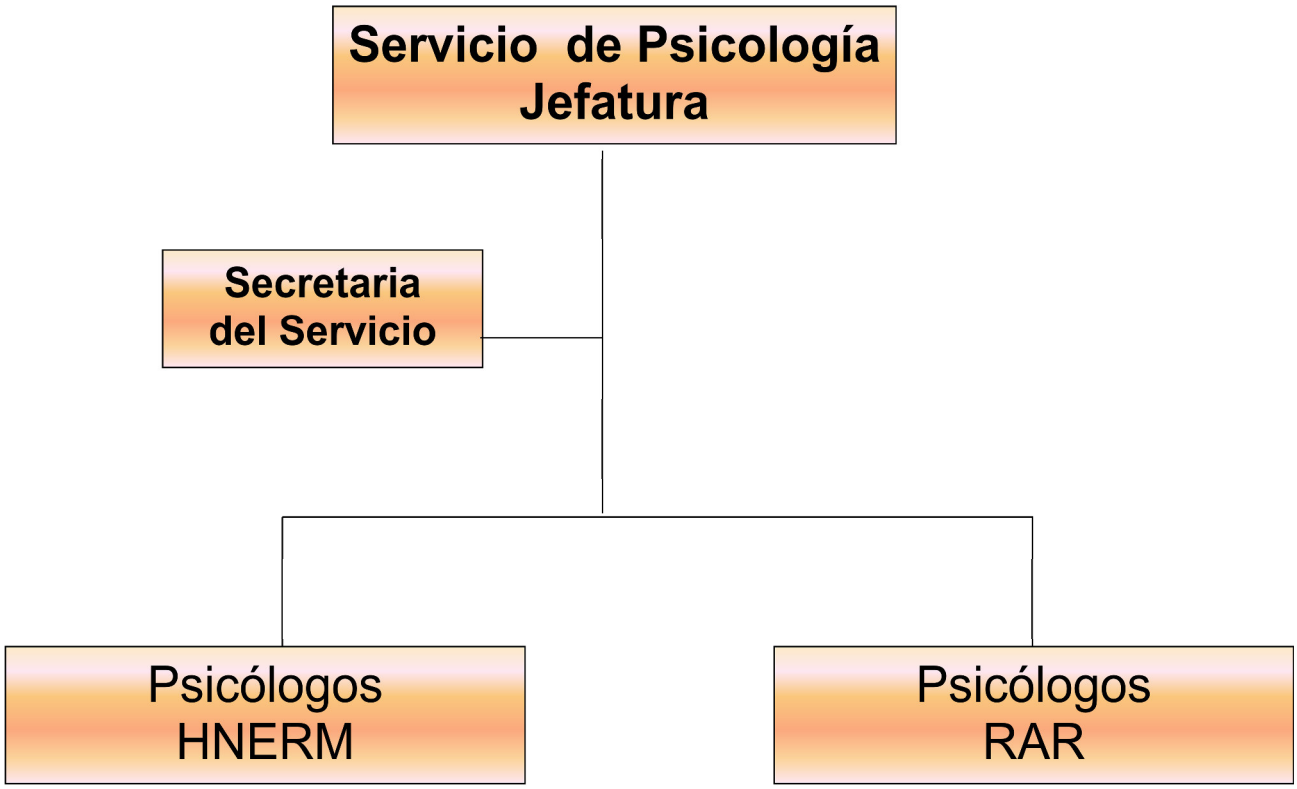
PRINCIPIOS Y VALORES:

- ***Compromiso*** del conjunto de profesionales psicólogos que tiene un concepto ético del proceso asistencial, utilizando la mejor evidencia técnica posible y el uso eficiente de los recursos disponibles.
- ***Autonomía***. Los servicios y profesionales deben respetar y promover la autosuficiencia y la capacidad de las personas con problemas psicológicos, fomentando su responsabilidad en las cuestiones que afecten a su salud mental,
- ***Salud mental positiva.*** Visión que implica que, además de centrarse en la enfermedad, se tendrá en cuenta la promoción de la salud y la prevención.
- ***Responsabilidad y transparencia.*** Es el reconocimiento por parte de las instituciones de su responsabilidad frente a las personas con problemas emocionales y sus familiares. Implica una gestión eficiente y transparente de los recursos y la difusión de servicios
- ***Calidad.*** La búsqueda de la mejora del proceso asistencial e implementar intervenciones con la mejor evidencia disponible y mecanismos de evaluación continuada orientados a un proceso de mejora continua.

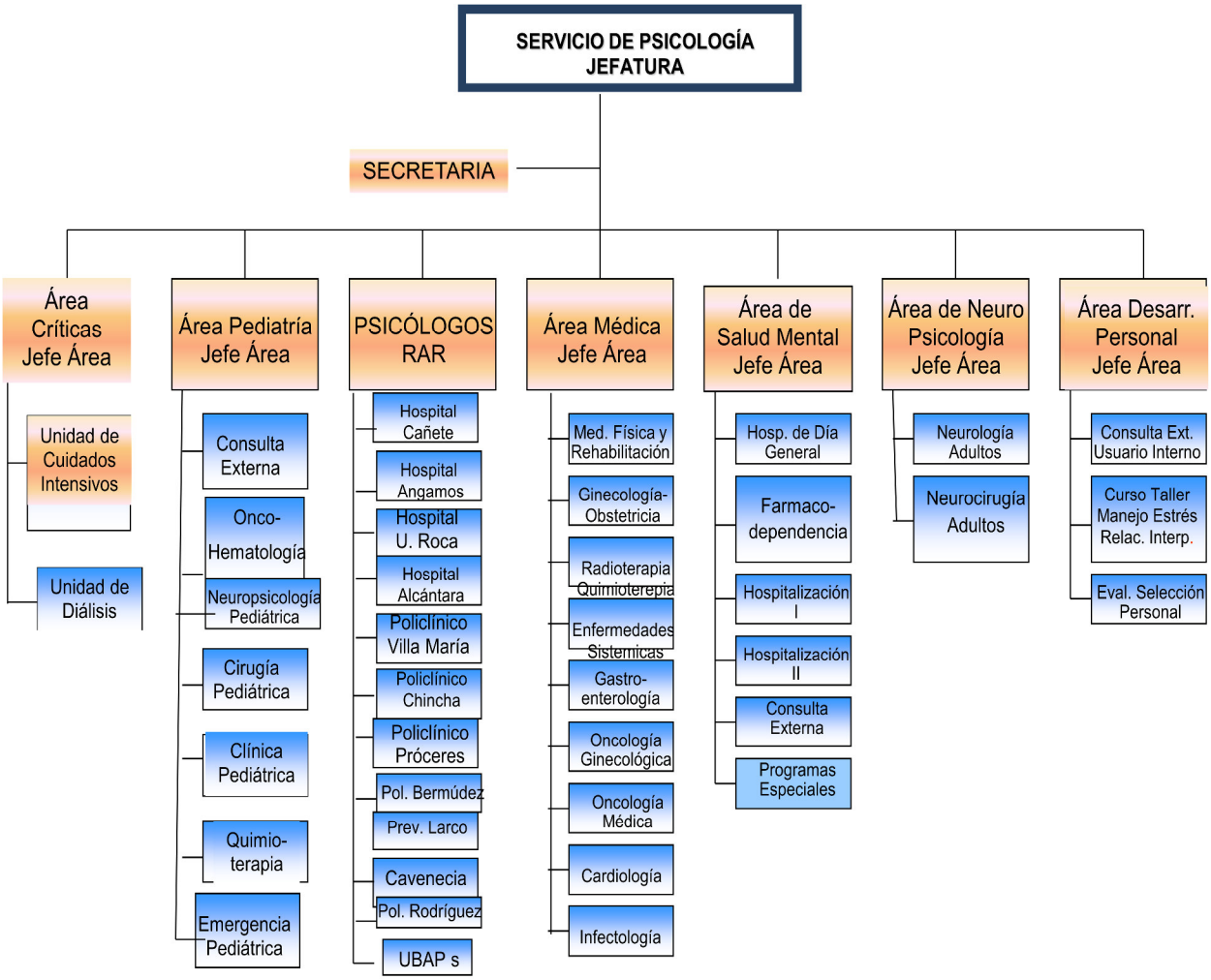
ESTRUCTURA ORGANICA



ESTRUCTURA RAR



ESTRUCTURA FUNCIONAL



DESCRIPCION DE AREAS DE TRABAJO

HISTORIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HNERM-ESSALUD

El Servicio de Pediatría del HNERM se inicia en el año 1958 como consulta externa realizando Puericultura y Control del Niño sano a los hijos de los asegurados hasta que cumplían el primer año de edad, el primer jefe fue el Dr. Víctor Lara Cubas y trabajaban con él los doctores René de Andrea, Roca, Sergio Alzamora, incorporándose a los pocos años, el Dr. Fernando Zegarra.

En 1980, siendo jefe de Departamento el Dr. Oswaldo Freyre y Jefe de servicio el Dr. Raymundo Matos, atendiendo al requerimiento de los trabajadores del Hospital, se amplió la atención en consulta externa para los hijos de los trabajadores hasta los 14 años, allí fueron atendidos por prestigiosos pediatras como el Dr. Carlos Flores, el Dr. Fernando Zegarra , la Dra. Carmen Risco, la Dra. Nelly Quinteros, el Dr. Carlos Kaelin, entre otros.

A partir de 1984 se extiende la atención en consulta externa para los hijos de los asegurados, ingresando para estos requerimientos el Dr. Darío Rodríguez y Dra. Wilda Silva.

En 1985 se inicia la atención en Emergencia Pediátrica, por lo que al incrementarse la demanda de atención tanto en consulta externa como en tópicos de emergencia, se convoca 8 plazas por concurso en septiembre de dicho año, produciéndose recién la incorporación de los nuevos profesionales el 13 de Enero de 1986, siendo el Dr. Herman Silva, Dr. Luis Rocha, Dr. Alex delgado, Dr. Luis Reátegui, Dra. Raquel Garcés, Dra. María Loo, Dra. Miren González, Dra. Tula Marqués que se pasa al HNGAI y otro colega que deserta la plaza por lo que ingresan los dos siguientes en el cuadro de mérito, que son el Dr. Carlos González y el Dr. Orestes Licetti. Al incrementarse la afluencia de pacientes, y teniendo el médico de guardia que asumir la responsabilidad de atención en tópico y pasar la visita médica de los pacientes que eran

internados para observación, se decide solicitar un número de 10 plazas de médicos pediatras por tenerse la mira de creación de un Servicio de Hospitalización, por lo que existe nuevo concurso en Septiembre de 1986, ingresando médicos pediatras, como el Dr. Jorge Bautista, Augusto Espejo, Somnia Gamarra, Teresa Zárate, Ana Protzel, Raúl Castillo, Isabel Amemiya, Humberto Chávez, entre otros ,con lo que se organiza la atención en emergencia con dos médicos de guardia, uno para que pase la visita de los pacientes internados para observación y el otro en el tópico para triaje y atenciones de urgencia.

Con el excelente trabajo que realizaban los pediatras jóvenes, en su mayoría egresados del Instituto Nacional de Salud del Niño (ex Hospital del Niño), la demanda de pacientes fue creciente, tanto de hijos de asegurados como no asegurados que deseaban ser atendidos en un servicio nuevo y que contaba con muchos recursos que otros hospitalesno tenían , es así que**a partir de fines de Enero 1987 a fin de descongestionar las camas en el servicio de Emergencia, nace el Servicio de Clínica Pediátrica un 12 de Febrero de 1987**, ubicándosele en el segundo piso del Block G, el cual era área de oficinas administrativas y que se le acondicionó para fines de hospitalización, colocándose puntos de toma de oxígeno y creación de lavatorios y baños para el aseo de los niños, sobre todo en el área destinada para el grupo etario de lactantes. Nació bajo la Jefatura de Servicio del Dr. Raymundo Matos Santos y el Jefe de Departamento era el Dr. Oswaldo Freyre Zagaceta. , contando con 45 camas de hospitalización. Y se requirió aumentar las plazas para Pediatras, ingresando al Servicio las Dras. Hilda Paitanmala, Gladys Castilla, Matilde Estupiñán y Ada Mauricci

Al incrementar el nivel de complejidad el servicio y estar lleno de médicos jóvenes se le considera área propicia para fines de docencia, por lo que junto a internos rotantes, el año 1988 se recibe la primera promoción de residentes:conformada por los doctores José Gonzáles, Carlos Alvarado Chico, Carlos Loayza, Carlos Prialé, Carlos Soto y María Mendoza.

Posteriormente ingresaron los Drs. Erick Salas, José Caballero, Amilcar Suarez, Dante Osorio. El trabajo se había sectorizado por áreas de atención,

conformándose el Área de Emergencia Pediátrica, cuyo primer coordinador fue el Dr. Carlos Kaelin, el Área de Hospitalización de Clínica Pediátrica cuyo primer coordinador fuel Dr. Hernan Silva y el Área de Consulta Externa, cuyo coordinador era el Dr. Carlos Pérez y se decidió que ya era tiempo de separar los servicios. Fue así que se creó el Servicio de Emergencia Pediátrica y Clínica Pediátrica.

La patología que se atendía al inicio era poco o medianamente compleja, incrementándose la demanda año tras año de patologías cada vez más compleja, y suscitándose así la necesidad de crear las subespecialidades pediátricas , con el gran esfuerzo individual y colectivo de todos y cada uno de los médicos pediatras quienes tuvieron que optar por desarrollar las subespecialidades pediátricas e implementar la sala de Cuidados de pacientes Críticos, determinándose el funcionamiento de esta sala lo que luego se transformaría en la Unidad de Cuidados Críticos de Clínica Pediátrica, cuya coordinación le fue encargada a la Dra. Matilde Estupiñán, siendo Jefa de Servicio la Dra. Carmen Risco. También se crearon las Unidades de Nefrología Pediátrica cuyo fundador fue el Dr. Walter Higueras uno de los mejores nefrólogos pediatras del país qu8en es actualmente Gerente del Centro Renal, siguiéndole la posta el Dr. Cesar Liendo; la Unidad de Endocrinología Pediátrica a cargo de la Dra. Teresa Zárate, la Unidad del Infectología Pediátrica a cargo de la Dra. Wilda Silva, la Unidad de Neumología Pediátrica a cargo de la Dra. Gladys Castilla, la Unidad de Neurología Pediátrica que inició su funcionamiento con los Drs. Hugo Díaz y José Hernández, quienes son neurólogos de adultos y en la actualidad está a cago de neurólogos pediatras. La unidad de Gastroenterología Pediátrica, que inició su funcionamiento con los Dr. Alex Delgado y Raúl Castillo.

También se creó las Unidades de Hematología Pediátrica a cargo de los Drs. Sergio Murillo y Mariella Moreno y de Oncología Pediátrica a cargo de la Dra. Yenny Jerónimo

A partir del año 1999, luego de casi 13 años de no incrementarse mayor número de Pediatras, ingresaron La Dra. Olguita Del Aguila y el Dr. Román Angulo, quienes fueron excelentes ex residentes del Servicio y posteriormente

se dio un nuevo concurso donde ingresaron los nuevos pediatras, las Dras. Cecilia Ayón, Gladys Collado, Rocío Campos, Javier Santisteban y David Huanca,neurólogo pediatra. Posteriormente el 6 de febrero del 2003 se decidió remodelar e implementar el 3º piso del Block G, donde actualmente funciona la Hospitalización de Escolares de Pediatría y la Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica.

También se incrementó el número de subespecialistas e ingresaron la Dra. Bonilla, endocrinóloga y la Dra. Lucrecia Monsante, neumóloga y Pediatras Clínicos como Marco Morales, Aida Borcic, Claudia Romero, Mónica Castromonte, Iván Rodríguez y Manuel Ortiz, la gastroenteróloga pediatra Ana Muñoz y los nefrólogos Peter Huallpa y Juan José García.

A través de los años han sido jefes los siguientes médicos: Dr. Raymundo Matos, Dr. Fernando Zegarra, Dr. Carlos Pérez Flores, Dr. Luis Noriega, la Dra. Carmen Risco, el Dr.Juan Suyo, la Dra. Raquel Garcés y el Dr. Erick Salas, designados por cargos de confianza.

A partir del 20 de Mayo del 2008, se reestructura el organigrama, dando lugar a la creación de dos servicios: Pediatría General y Pediatría Especializada, cuyos jefes por concurso público en la actualidad son la Dra. Matilde Estupiñán Vigil y el Dr.David Huanca Payehuanca, quienes están tratando de mejorar los procesos de atención de los pacientes en los dos servicios con la visión de que sean servicios líderes en la atención Pediátrica, a nivel nacional, bajo la Jefatura de Departamento de la Dra. Gladys Castilla Barrios.

RESEÑA HISTORICA DE LA UNIDAD DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA(UOHP)

El 8 de Mayo del 2002 se Inaugura la Unidad de Onco-Hematología Pediátrica, iniciando sus actividades el 22 del mismo mes.

En ella empezaron a laborar personal procedente de Clínica Pediátrica, un total de 10 Enfermeras y 8 Técnicas de Enfermería, en el 2006 se incremento el personal de enfermería en 5, en la actualidad están dirigidas por una Licenciada Enfermera Jefe de Servicio, en el turno de mañana, con experiencia en el manejo de niños con diagnóstico oncológico y hematológico.

El equipo Médico está conformado por 01 Jefe Médico Hematólogo con 02 Médicos Hematólogos Pediatras, 01 Jefe Médico Oncólogo con 3 Oncólogos Pediatras, además completan el equipo la Asistenta Social, Psicóloga y Nutricionista. Actualmente contamos con 1 Pediatra para cubrir las emergencias durante el turno de 2 a 8 pm.

Iniciamos con 14 camas, 9 de hematología y 5 de oncología, siendo todos los ambientes unipersonales con suministro de oxigeno y aspiración empotrada.

En la actualidad contamos con 27 camas, 14 para hematología y 13 para oncología.

La Unidad de Onco-Hematología Pediátrica brinda cuidados especializados basados en la filosofía de la calidad, calidez y trabajo en equipo a pacientes de 01 mes de nacidos a 14 años 11 meses de edad oficialmente y en algunas oportunidades con autorización de Gerencia hasta los 16 años.

Nuestros clientes son referidos de todo el país, correspondientes a la red. Portadores de diversas patologías OncoHematologicas, a los que se le brinda atención de acuerdo al avance tecnológico y a las nuevas exigencias del mundo actual.

Se encuentra ubicado en el 3er piso del Block G del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, con una capacidad instalada para 27 camas, entre lactantes, preescolares y escolares.

Es el compromiso del Equipo Multidisciplinario capacitarse constantemente y mantener vigente nuestro compromiso con el cuidado de los niños y sus familias en un fin común recuperar su salud con cuidados de calidad.

ACTIVIDADES QUE SE REALIZA EN EL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA:

La Psico-oncologia Pediátrica, es parte de la Psicología Clínica que se ocupa de la prevención y del tratamiento de los posibles problemas psicológicos reactivos al diagnostico de cualquier enfermedad neoplásica maligna, así como los problemas y apoyo en la familia diagnosticado con estas enfermedades,facilitando estrategias que le permitan afrontar y colaborar en su tratamiento; como también a la readaptación a su entorno social (familia, colegio amigos, etc.).
La IntervenciónPsicológica tiene como:

Objetivo General:

Detectar niveles de estrés, ansiedad, depresión, reacciones de adaptación u otro tipo de conflictos a nivel tanto del niño como de su familia, que ayuden a vivir la enfermedad y colaboren con el tratamiento médico y lograr una mejor adaptación a la enfermedad en sí.

Objetivos Específicos:

- Abordar los problemas propios de la enfermedad.
- Detectar las alteraciones psicológicas y psicopatológicas del paciente.
- Intervenir en las alteraciones psicológicas y psicopatológicas del niño y su familia.
- Terapia de Juego.

  Por las características del niño se interviene de dos formas:

a) Nivel Individual: en este nivel intervienen factores sobre todo relacionados al niño de manera específica.
b) Nivel de Familia: En este nivel nos interesa abordar a la familia ya que esta se constituye en el soporte que el niño necesita para poder enfrentar la enfermedad.

Metodología:

- Método: El método utilizado en el tipo de atención de los pacientes del Servicio de Oncohematologia es Descriptivo, Clínico y Estadístico.
- Universo: Está formado por todos aquellos pacientes que son atendidos en el Servicio de Hospitalización de Oncohematologia Pediátrica, niños que fluctúan entre 1 mes a 13 años 11 meses 29 días.
- Técnicas e Instrumentos de evaluación:
  - Dentro de las técnicas de evaluación se trabaja con las Entrevistas y Observación.
  - Dentro de los instrumentos de evaluación se hace uso de las pruebas psicológicas de acuerdo a la edad del paciente pediátrico, así mismo se elabora una ficha psicológica en donde se coloca los datos más importantes y se continúa con el seguimiento del paciente hospitalizado la cual se encuentra dentro de la Historia Clínica.

Funciones:

- 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.
- Iniciar Entrevista con el paciente, padres o tutor.
- Informar del plan de trabajo durante su estancia.
- Realizar evaluación si el caso lo amerita.
- Intervención psicoeducativa a los niños y padres (adaptación hospitalaria y procedimientos médicos de diagnostico y tratamiento):
  - Psi coeducación
  - Taller de dibujo y pintura

- Video Fórum
- Psicorelajación
- Taller de cuenta cuentos
- Terapia de apoyo emocional a los padres
- Técnicas Lúdicas: juego directivo – no directivo

- Intervención psicoeducativa a los niños y padres con estancia hospitalaria prolongada:
  - Psi coeducación
  - Taller de autoestima al niño.
  - Técnicas lúdicas: juego directivo – no directivo.
- Registrar la evolución y/o informe en la Historia Clínica.
- Coordinar con el Medico y/o equipo multidisciplinario sobre los avances y/o manejo del paciente.
- Dar cita para continuar con paciente en Consulta Externa (si el caso lo amerita).
- Registrar la atención en el parte diario estadístico.
- Entregar el parte de atención a la secretaria y/o digitadora.

TRABAJO PSICOONCOLOGICO EN HOSPITALIZACIÓN:

- Se brinda al niño un espacio de expresión de sentimientos, emociones y fantasías, de comprensión y aceptación de la enfermedad, así como de adaptación al ambiente hospitalario. Las técnicas del trabajo principalmente usadas son: Observación y modificación de conducta, hora de juego psicoterapéutico, hora de juego libre y acompañamiento psicoterapéutico.
- Trabajo psicológico con niños con Leucemia y linfomas:Psicoterapia breve con los pacientes de neutropenia y medicina, trabajando sus emociones en la relación a la separación de sus padres, familiares y contexto social, así como el conocimiento, aceptación y afrontamiento de la información del diagnostico proporcionada por el médico tratante.

- Trabajo psicológico con niños a próximos a una operación:Apoyo psicológico en el momento pre-operatorio, orientando a explorar la información que tiene el niño con respecto a la cirugía y sus fantasías relacionadas al momento de la operación y al post-operatorio. Con niños pequeños se utiliza material grafico a fin de disminuir la ansiedad ante la operación.
- Trabajo psicológico con niños frente a una amputación:Se realiza paralelamente el trabajo con los padres y/o familiares del niño, buscando que entiendan la necesidad de la operación enfocando que la vida es más importante que un miembro del cuerpo, trabajando con ambos padres sobre la información que brindaran a su hijo y el apoyo emocional que se le dará al niño en pre y post-operatorio. Con el niño se realiza una entrevista para obtenerinformación sobre sus fantasías, temores y preguntas frente a la operación, y el cambio en su aspecto físico. En el caso de niños menos de 9 años, se hace uso de muñecos para representar la situación de operación.
- Trabajo psicológico con niños que manifiestan temor a los procedimientos médicos:Para el manejo de la ansiedad ante estos procedimientos se utiliza la caja de juegos psicoterapéutico, muñecos que representa al paciente y al personal hospitalario, técnicas de relajación, equipos médicos de juguetes, a fin de disminuir los temores y facilitar la colaboración del paciente en el procedimiento.
- Trabajo psicológico con niños en cuidados paliativos: Se ofrece la posibilidad de elaborar la muerte al que va a morir como al que aun vive (padres y/o familiares del niño), orientando el apoyo psicológico a explorar temores y fantasías con respecto a la muerte, llegando a una situación paulatina de la misma, disminuyendo la negación y fomentando la aceptación de finitud. Se trabaja por medio de dibujos y sueños, haciendo uso de las mismas metáforas que los niños utilizan para referirse a la misma muerte (el cielo, los ángeles, etc.).

Reuniones con padres de niños hospitalizados:

Entrevista del psicólogo encargado del paciente con los padres para resolver inquietudes sobre el estado socio-afectivo del niño hospitalizado, orientando y ofreciendo consejería en relación a la disciplina y la forma de aproximación al menor, reforzando también la adherencia al tratamiento y a los procedimientos médicos. Se brinda un espacio donde el familiar expresa sus preocupaciones, emociones y sentimientos a fin de encontrar un mayor entendimiento y alivio a sus angustias.

Dinámicas de Padres:

Reunión semanal donde se brinda un espacio de apoyo a los padres y familiares del niño hospitalizado, se discute un tema específico, relacionado al tema emocional del paciente- dependiendo del interés del grupo de padres- y se entregan guías de apoyo, donde encontraran respuestas a los interrogantes más frecuentes de los padres del paciente oncológico. Estas dinámicas grupales están orientadas a buscar una mejor adaptación de los padres a la enfermedad y al tratamiento de sus hijos. El cáncer deteriora la seguridad de los sujetos como padres e intensifica la buena o mala relación de pareja pre-existente, infunde temores, angustias y mucho dolor, cuando esta serie de emociones puede compartirse y encontrar eco entre otros padres que pasan la misma situación se encuentra alivio, esperanza y mayor compromiso para seguir apoyando al tratamiento de su hijo.

Trabajo Diagnóstico:

Es un proceso secuencial de toma de decisiones que se inicia con la evaluación empleando diversas técnicas, clasificación y comparando al sujeto con la norma; con el fin de orientar y elevar las potencialidades del educando mediante un plan de intervención diseñado en base a sus fortalezas y debilidades, logrando así su ajuste personal y social. Se lleva a cabo dos tipos de diagnóstico:

- **Presuntivo**

  En un primer momento se realiza éste diagnóstico, el cual se establece en función de la observación y entrevista inicial. La finalidad es realizar un diagnóstico diferencial, ante las hipótesis planteadas.

- **Definitivo**

  Es el diagnostico realizado según el CIE 10, las observaciones, entrevistas y técnicas de evaluación, ayudadas con protocolos, escalas, baterías, etc., utilizadas en las sesiones. Cabe destacar que este diagnostico puede ser: **descriptivo** con indicadores que no se estipule en algún trastorno o enfermedad según el CIE 10 o **formal,** con indicadores sistemáticos dentro de un trastorno o enfermedad en el manual mencionado.

Análisis e Interpretación de las Pruebas

- **Calificación de las pruebas:**

  Se realiza un análisis cuantitativo de los resultados, que consiste en la calificación manual y computarizada de las pruebas administradas; así como también se procede al análisis cualitativo, que está dirigida a la interpretación de los resultados obtenidos, de acuerdo a las normas establecidas en cada uno de los instrumentos y de acuerdo a las características de los evaluados.

- **Análisis e interpretación de los resultados:**

  Se efectúa en base a los resultados considerando las normas que establezca cada instrumento.

- **Perfil de los resultados:**

  Se elabora en base a los resultados encontrados, en el cual se ubica tanto sus posibilidades y limitaciones. Dentro del área intelectual, se maneja el perfil Wechsler, que avizora cuantitativamente los resultados para una mejor comprensión del informe psicológico.

- **Redacción de informes:**

  Es la sistematización de la información recogida durante el proceso de observación, entrevista y de evaluación psicológica, adjuntando los datos ya anteriormente especificados, aparte de los resultados, se indican las conclusiones y sus respectivas recomendaciones según lo visto en los resultados, conclusiones, antecedentes, observaciones y motivo de consulta.

- **Entrega de informes**:

  Se otorga una cita alos Padres (en caso de pacientes niños), para la entrega verbal del informe de evaluación, asimismo se le brinda recomendaciones y orientaciones acerca de las pautas a seguir en la intervención individual, grupal y/o derivación, si es que lo necesitase.

Técnicas psicoterapéuticas empleadas

Cabe señalar que las modalidades de intervención se adecuan a las necesidades de los pacientes y la orientación psicoterapéutica busca siempre el mejor beneficio bio-psico-social del paciente.

- **PSICODINÁMICO:**

  Entiende al ser humano como una interrelación de contenidos internos y externos. Se trabaja con los mecanismos de defensas, fantasías, transferencias, y contratransferencias. Dentro de lastécnicas más utilizadas se encuentra el señalamiento, la interpretación y la confrontación, teniendo como objetivo general la integración de los aspectos racionales y emocionales llegando a la compresión y asimilación de la experiencia vivida por el paciente.

- **COGNITIVO-CONDUCTUAL:**

  Se busca desarrollar estrategias adaptativas de afrontamiento a la enfermedad, a la reacciones emocionales y a las reacciones conductuales, buscando cambiar las creencias, pensamientos y actitudes acerca del

cáncer. Se utilizan como técnicas de la terapia racional emotiva, la relajación, imaginería, desensibilización sistemática, entre otras.

- **HUMANISTA:**

  Se basa en la búsqueda de la autorrealización y la valoración de actitudes personales, considerando la totalidad orgánica bio-psico-social y espiritual. Entre las técnicas que se utilizan esta la representación de roles, el psicodrama, el consejo y la interacción centrado en un tema.

- **FAMILIAR SISTÉMICA**

  Considerada que el cáncer afecta a toda dinámica familiar, desencadenando nuevas emociones, pensamientos y conductas, así como asuntos del pasado no resueltos que se hacen presentes y a veces se magnifican a partir de la situación de crisis. Orienta a la familia a reconocer las actitudes que están adoptando, a encontrar su significado y a propiciar los cambios que, para cada familia en concreto, le ayuden a adaptarse de manera positiva a esta situación.

TÉCNICAS

Psicoeducación

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.
Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a

disminuir las barreras para el tratamiento. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.

Área de actualización profesional.- La formación profesional de una persona, no termina por culminarse nunca, siempre sigue habiendo la posibilidad de continuar con diversos estudios que acrecienten el saber del profesional, por ello es de suma importancia la asistencia a diversas actividades teóricas y prácticas de temáticas importantes para la formación de un psicólogo.

Charlas a padres y familiares.- Entrevista del psicólogo encargado del paciente con los padres para resolver inquietudes sobre el estado socio-afectivo del niño hospitalizado, orientando y ofreciendo consejería en relación a la disciplina y la forma de aproximación al menor, reforzando también al adherencia al tratamiento y a los procedimientos médicos. Se brinda un espacio donde el familiar expresa sus preocupaciones, emociones y sentimientos a fin de encontrar un mayor entendimiento y alivio a sus angustias.

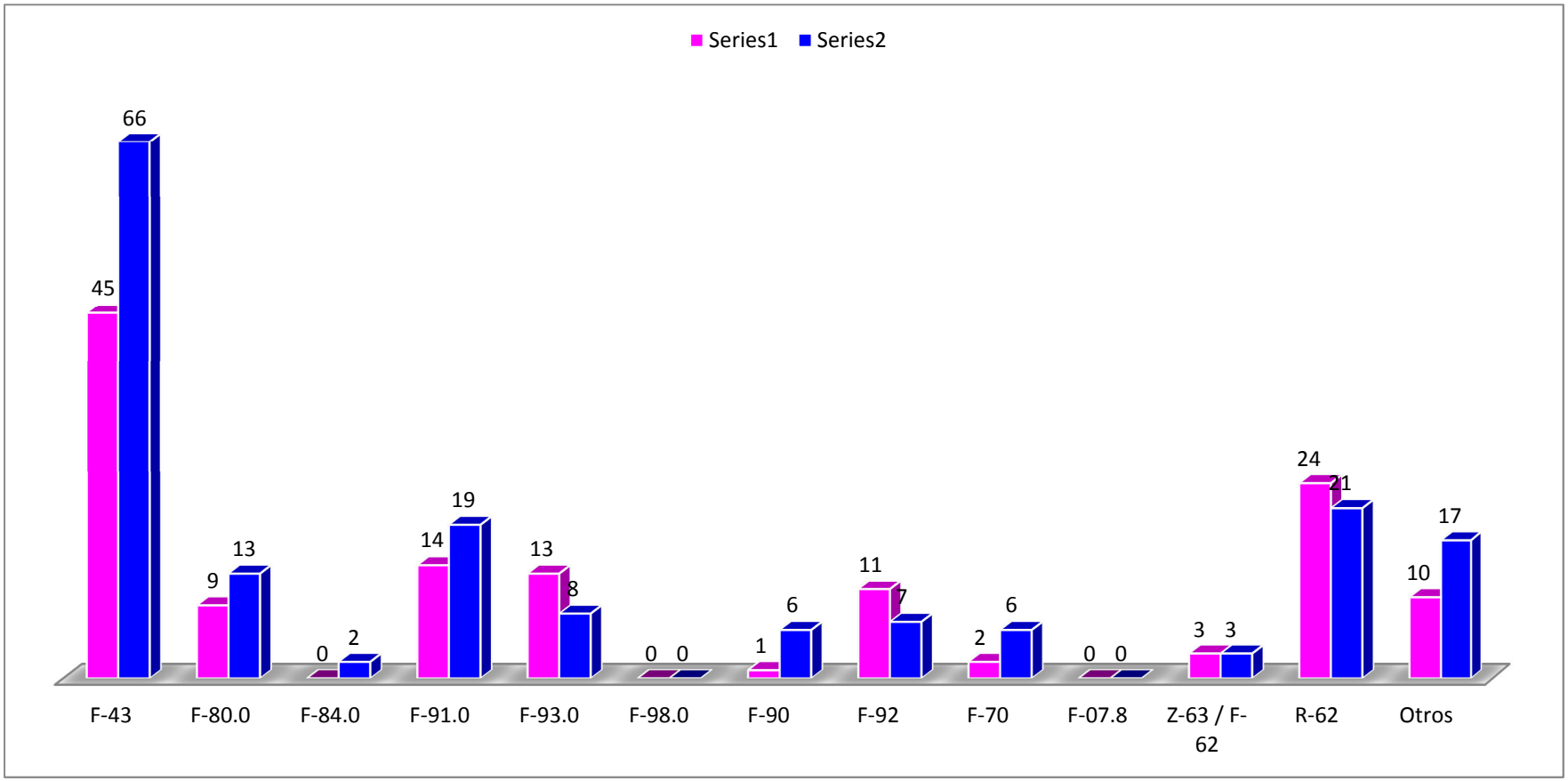
Talleres de Promoción y prevención.- En la lucha contra el cáncer la prevención ha adquirido un gran papel, por ello es necesario realizar actividades que permitan promocionar estilos saludables de vida y los cuidados necesarios para el bienestar físico-psicológico.

Tabla Nº 1

Estadística del Servicio de Oncohematologia Pediátrica de pacientes nuevos según sexo y diagnósticos del 2012

DIAGNOSTICOS		ENERO		FEBR.		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SETIEM.		OCTUB.		NOVIEM.		DICIEM.		TOTAL	TOTAL	TOTAL
NOMBRE	Código	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	(F)	(M)	
Trastorno de Adaptación	F-43			4	3	5	7	4	3	5	8	3	6	3	6	5	10	6	6	5	8	2	5	3	4	**45**	**66**	111
Trastorno del Habla y del Lenguaje	F-80.0			1	2	3	3	1	1	1	2	1	2	1	1							1	1		1	**9**	**13**	22
Trastorno del Desarrollo	F-84.0												1		1											**0**	**2**	2
Trastorno de Conducta	F-91.0			5	4	2	4	3	5	1	1	1	3	1	2	1										**14**	**19**	33
Trastorno Emocional	F-93.0			6	3	2	2	3	3			1				1										**13**	**8**	21
Trastorno Emocional y del Comportamiento	F-98.0																									**0**	**0**	0
Trastorno de Hiperactividad	F-90				1		1		1		2		1			1										**1**	**6**	7
Trastorno Mixto de la Conducta y Emoción	F-92			4		2	2	3	4			1	1					1								**11**	**7**	18
Retardo Mental	F-70			1	2				2		1		1	1												**2**	**6**	8
Trastorno Orgánico del Comportamiento	F-07.8																									**0**	**0**	0
Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	Z-63 / F-62			1					2					1									1	1		**3**	**3**	6
Retardo del Desarrollo	R-62			3	3	2	4	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	1	3	1	3	2	**24**	**21**	45
	Otros			1	2	2	3	2	3	1		1		1		1	3		2		2		1	1	1	**10**	**17**	27
TOTAL		0	0	26	20	18	26	18	25	9	16	10	17	9	11	11	15	10	10	7	11	6	9	8	8	**132**	**168**	292

Estadística del Servicio de Oncohematologia Pediátrica de pacientes nuevos según sexo y diagnósticos del 2012



MASCULINO

FEMENINO

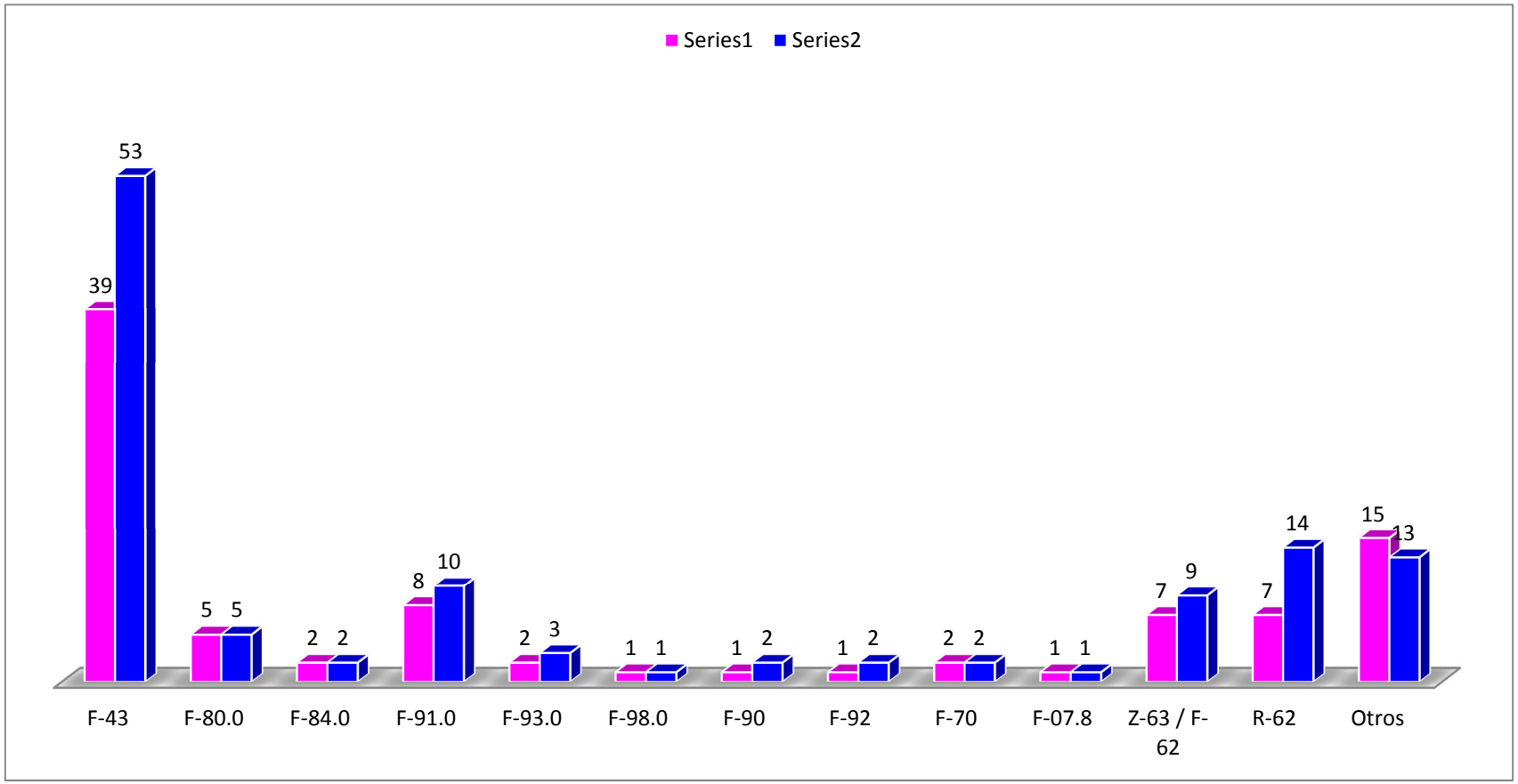
Gráfico N° 1: Durante el año 2012, de un total de 168 niños nuevos; desde el punto de vista psicológico han sido mayormente afectados con los Diagnósticos F43 con 39% y R62 con el 12.5%. Mientras que de 132 niñas nuevas han sido mayormente afectadas con el Diagnóstico de F43 con 34%, seguido del Diagnóstico R62 con el 18%.

Tabla Nº 2

Estadística del Servicio de Oncohematologia Pediátrica de pacientes nuevos según sexo y diagnósticos del año 2013

DIAGNOSTICOS		ENERO		FEBR.		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SETIEM.		OCTUB.		NOVIEM.		DICIEM.		TOTAL	TOTAL	TOTAL
NOMBRE	**Código**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**(F)**	**(M)**	
Trastorno de Adaptación	F-43	1	4	11	9	3	5			3	5	3	5	3	7	5	5	2	4	2	5	2	4	4		**39**	**53**	92
Trastorno del Habla y del Lenguaje	F-80.0	1	1											1	2	1		1	1	1	1					**5**	**5**	10
Trastorno del Desarrollo	F-84.0					1	1									1							1			**2**	**2**	4
Trastorno de Conducta	F-91.0		1	1		2				2		1	1	1	3				3	1	1		1			**8**	**10**	18
Trastorno Emocional	F-93.0			1			1									1			1				1			**2**	**3**	5
Trastorno Emocional y del Comportamiento	F-98.0									1	1															**1**	**1**	2
Trastorno de Hiperactividad	F-90										1			1	1											**1**	**2**	3
Trastorno Mixto de la Conducta y Emoción	F-92										1	1											1			**1**	**2**	3
Retardo Mental	F-70					1											1	1	1							**2**	**2**	4
Trastorno Orgánico del Comportamiento	F-07.8					1	1																			**1**	**1**	2
Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	Z-63 / F-62	2	4			1	1					1					2	1	1				1	2		**7**	**9**	16
Retardo del Desarrollo	R-62	1	3			1				1		2	4				2		1	1	1	1	3			**7**	**14**	21
	Otros	2	2	2	4	3				2		1		3	2		2	1	1				2	1		**15**	**13**	28
TOTAL		7	15	15	13	13	9	0	0	9	8	9	10	9	15	8	12	6	13	5	8	3	14	7	0	**91**	**117**	208

Estadística del Servicio de Oncohematologia de pacientes nuevos según sexo y diagnósticos del año 2013



MASCULINO

FEMENINO

Gráfico N° 2: Durante el año 2013, de un total de 117 niños nuevos; desde el punto de vista psicológico han sido mayormente afectados con los Diagnósticos F43 con 45%% y R62 con el 12%. Mientras que de 91 niñas nuevas han sido mayormente afectadas con el Diagnóstico de F43 con 43%, seguido del Diagnóstico F91.0 con el 9%.

ATENCION AMBULATORIA (CONSULTA EXTERNA):

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 o interconsulta.

Objetivos:

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

Materiales:

Documento de Identidad, Ticket de Atención por solicitud directa, Interconsulta e Historia Clínica.

Actividad:

- Revisión de la Historia Clínica.
- Entrevistar al paciente observando el desempeño y comportamiento.
- 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.
- Realizar la evaluación diagnóstica con el objetivo de conocer las habilidades, potenciales y limitaciones de los componentes psicológicos del paciente.
- Establecer requerimientos de evaluación psicométrica, proyectiva, neuropsicológica u otros.
- Elaborar programa de tratamiento psicoterapéutico.
- Referencia o Contrarreferencias.
- Consejería u orientación al paciente.
- Elaborar informe o evolución e indicar diagnóstico en concordancia con el CIE 10.

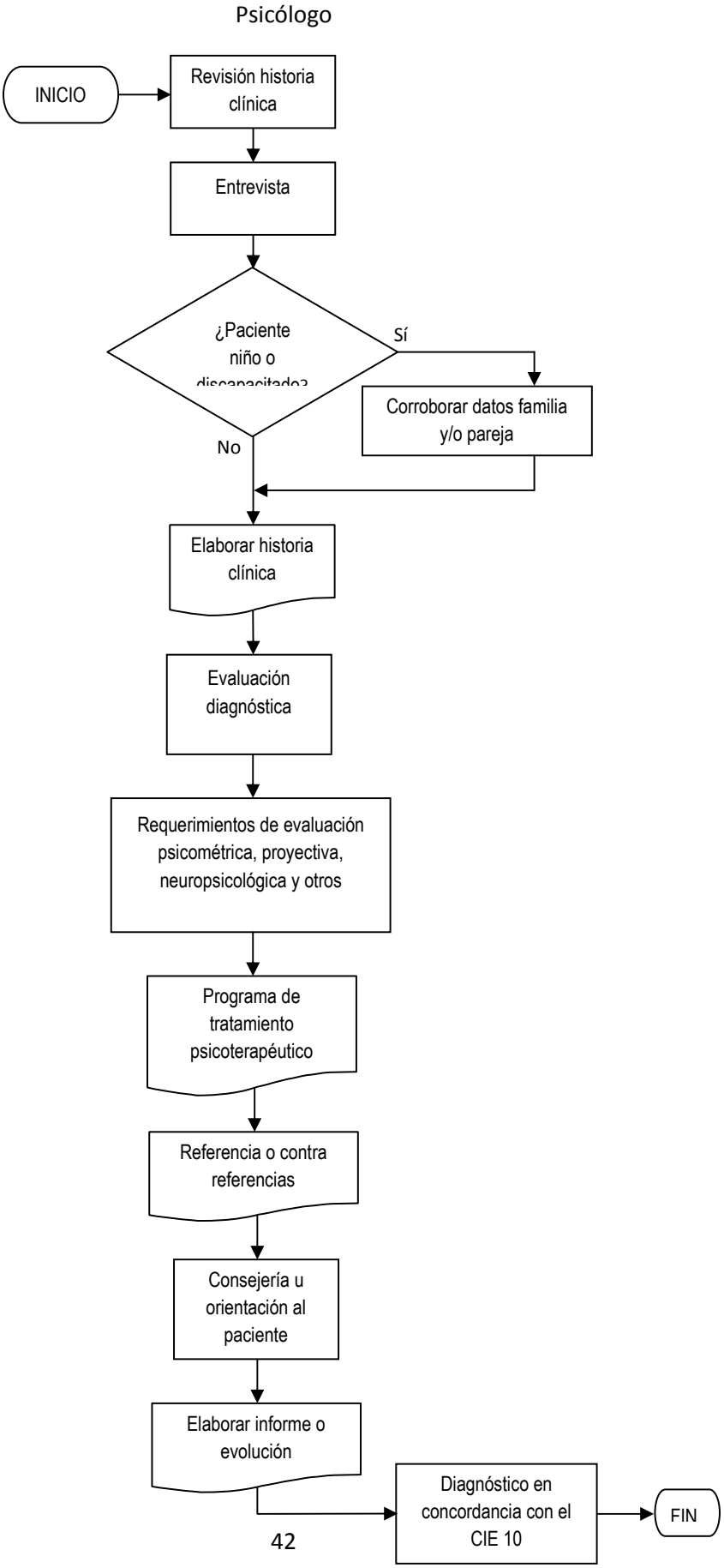
Atención a pacientes pediátricos (Oncohematologicos)

Se brinda un espacio de expresión de sentimientos asociados a la enfermedad y se trabajan problemas relacionados con la elaboración en la experiencia hospitalaria y la readaptación al medio social (dificultades en la relación familiar, en el colegio, problemas de aprendizaje y conducta). Además se implementa el uso de historia clínica psicológica con la finalidad de tener un registro más elaborado de los pacientes atendidos y brindar continuidad en caso de nuevas consultas. Esta historia clínica se realiza con los pacientes que logren completar la evaluación psicológica con un número mínimo de cinco sesiones.

Atención a padres y otros familiares

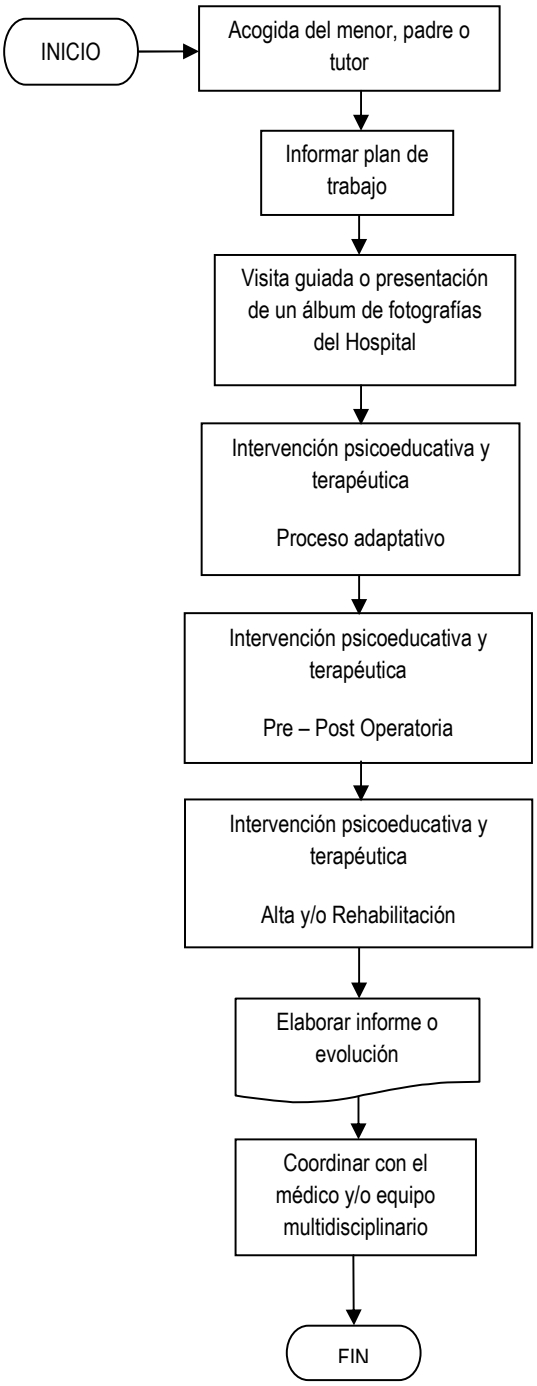
En este espacio, el padre o familiar del paciente pediátrico expresa sus preocupaciones y sentimiento respecto a la enfermedad del niño a fin de encontrar contención emocional y un mayor entendimiento y alivio a sus angustias. Se trabajan diversos problemas que afectan la dinámica familiar del paciente pediátrico.

FLUXOGRAMA: CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA Y/O NEUROPSICOLOGÍA



FLUXOGRAMA: CONSULTA PSICOLÓGICA DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

Psicólogo



INFORME PSICOLÓGICO

Psicólogo

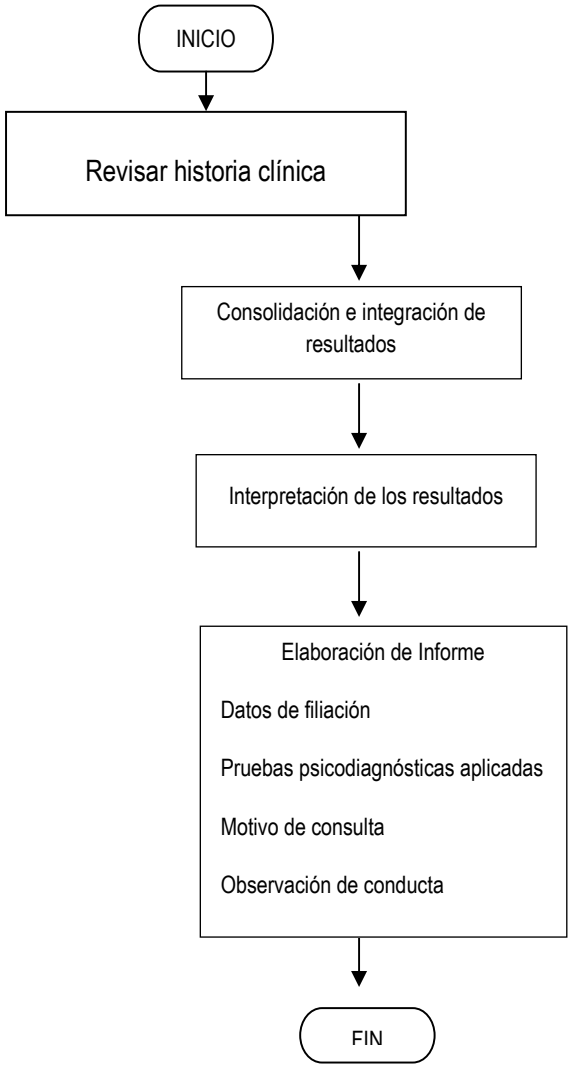


Tabla 3:

Estadística de Consulta Externa de Pediatría de pacientes nuevos según sexo y diagnóstico del 2012

DIAGNOSTICOS		ENERO		FEBR.		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SETIEM.		OCTUB.		NOVIEM.		DICIEM.		TOTAL	TOTAL	TOTAL
NOMBRE	Código	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	(F)	(M)	
Trastorno de Adaptación	F-43.2			2	3			1				3	1	2	3	1		1				1			1	11	8	**19**
Trastorno del Habla y del Lenguaje	F-80.0			2	1	1	2		2	3	4		2					1	1		3	1	1			8	16	**24**
Trastorno del Desarrollo	F-84.0				1		1		1	1	3	1	2				2		2				1	1	1	3	14	**17**
Trastorno de Conducta	F-91.0			2	2	4	7	2	6	2	4		3	2	1		3	1	1	1	4	2	2	1	2	17	35	**52**
Trastorno Emocional	F-93.0															3		4	3	1	2	2	2	2	3	12	10	**22**
Trastorno Emocional y del Comportamiento	F-98.0																2				2		1			0	5	**5**
Trastorno de Hiperactividad	F-90				3		3		1	2	3	1	2			1	2				2	1			3	5	19	**24**
Trastorno Psicótico	F-23					1						1													1	2	1	**3**
Trastorno Mixto de la Conducta y Emoción	F-92			4	1	5	6	4	6	2	5	2	2		1	2		1	2	2	6	1	2		3	23	34	**57**
Retardo Mental	F-70					1			1	1	2				1			1	1				1		1	3	7	**10**
Trastorno Orgánico del Comportamiento	F-07.8										1					1							1	1	1	2	3	**5**
Problemas relaciondos con el apoyo familiar inadecuado	Z-63 / Z-62				2							2			2				2			1	1	1	2	4	9	**13**
Fronterizo	R-41.8																1					1			1	1	2	**3**
	Otros			4	10	8	6	8	8	5	3	4	7	2	5	2	4	8	2	3	7	2	1	2	2	48	55	**103**
TOTAL		**0**	**0**	**14**	**23**	**20**	**25**	**15**	**25**	**16**	**25**	**14**	**19**	**6**	**13**	**10**	**14**	**17**	**14**	**7**	**26**	**12**	**13**	**8**	**21**	**139**	**218**	**336**

Estadística de Consulta Externa de Pediatría de pacientes nuevos según sexo y diagnóstico del 2012

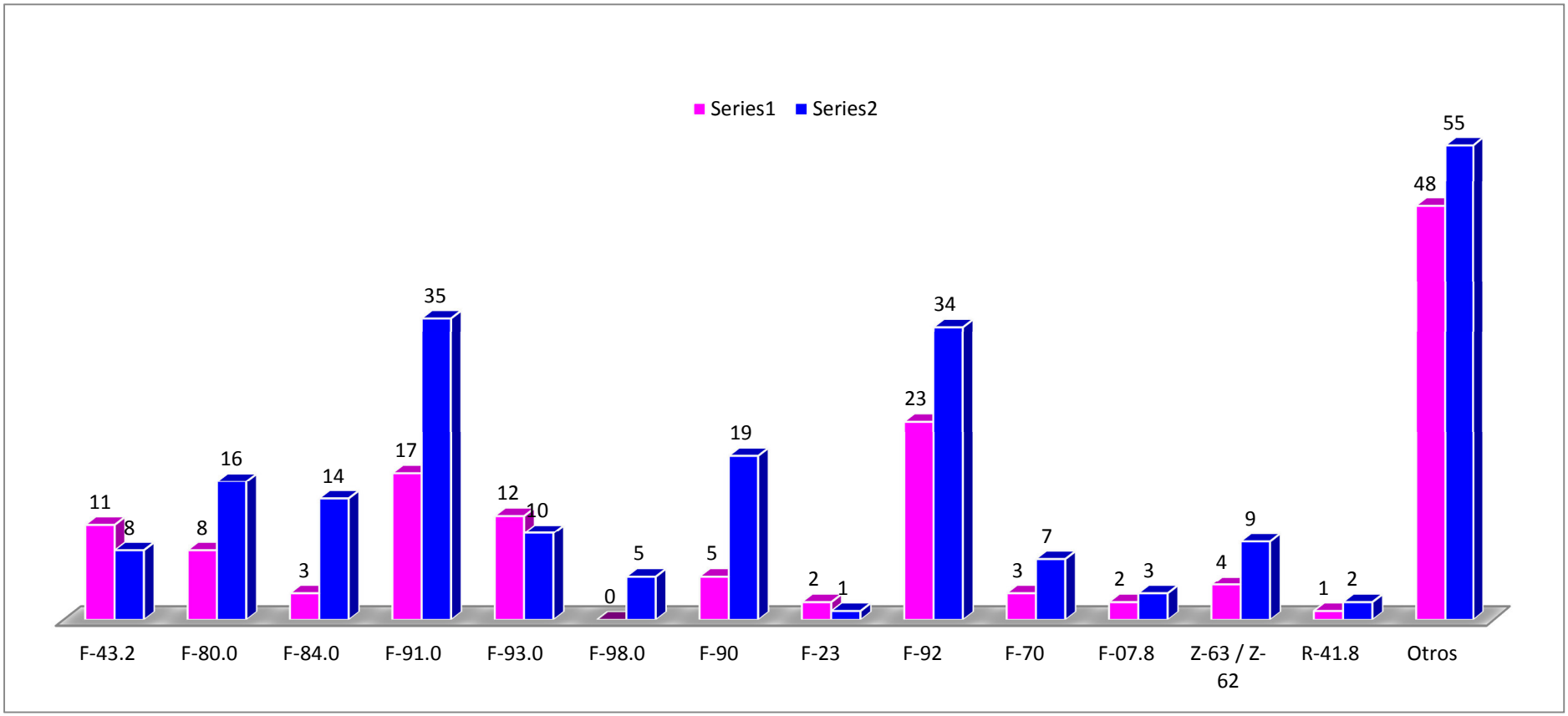


Gráfico Nº 3: Durante el año 2012, de un total de 218 niños nuevos; desde el punto de vista psicológico han sido mayormente afectados con los Diagnósticos F91.0 con 16% y F92 con el 15.6%. Mientras que de 139 niñas nuevas han sido mayormente afectadas con el Diagnóstico de F92 con 16.5%, seguido del Diagnóstico F91.0 con el 12.2%.

Tabla 4:

Estadística de Consulta Externa de Pediatría de pacientes nuevos según sexo y diagnóstico del año 2013

DIAGNOSTICOS		ENERO		FEBR.		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SETIEM.		OCTUB.		NOVIEM.		DICIEM.		TOTAL	TOTAL	TOTAL
NOMBRE	Código	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	(F)	(M)	
Trastorno de Adaptación	F-43.X	2	1	3			1			1	1			1	2				2		3	1	1			8	11	**19**
Trastorno del Habla y del Lenguaje	F-80.0		4	2	3		2			1	3	2	4		5	1	3	1	3		2		3	1		8	32	**40**
Trastorno del Desarrollo	F-84.0				1						1					1	2									1	4	**5**
Trastorno de Conducta	F-91.0	1	7	4	7	2	4			2	5	4	3	4	4	2	2	2	5	3	3	2	1	1	2	27	43	**70**
Trastorno Emocional	F-93.0				2					3	2	3		1		2	1		1		1			3		12	7	**19**
Trastorno Emocional y del Comportamiento	F-98.0										1						1								2	0	4	**4**
Trastorno de Hiperactividad	F-90				3		1				2		2		3	2	2		1	3		3				8	14	**22**
Trastorno Psicótico	F-23					1														1						2	0	**2**
Trastorno Mixto de la Conducta y Emoción	F-92					2				2	1		1		2									1	1	5	5	**10**
Retardo Mental	F-70		1		2						2					2				3						5	5	**10**
Trastorno Orgánico del Comportamiento	F-07.8		1			1								1	2		1	2	3				2			4	9	**13**
Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	Z-63 / Z-62	1		1	2	1	1			1	3		3		1	3	3									7	13	**20**
Fronterizo	R-41.8				1								1												1	0	3	**3**
	Otros	10	6	11	2	4	3			2	4	6	5	7	4	3	3	6	4	2	7	9	5	3	1	63	44	**107**
TOTAL		**14**	**20**	**21**	**23**	**11**	**12**	**0**	**0**	**12**	**25**	**15**	**19**	**14**	**23**	**16**	**18**	**11**	**19**	**12**	**16**	**15**	**12**	**9**	**7**	**150**	**194**	**344**

Estadística de Consulta Externa de Pediatría de pacientes nuevos según sexo y diagnóstico del año 2013

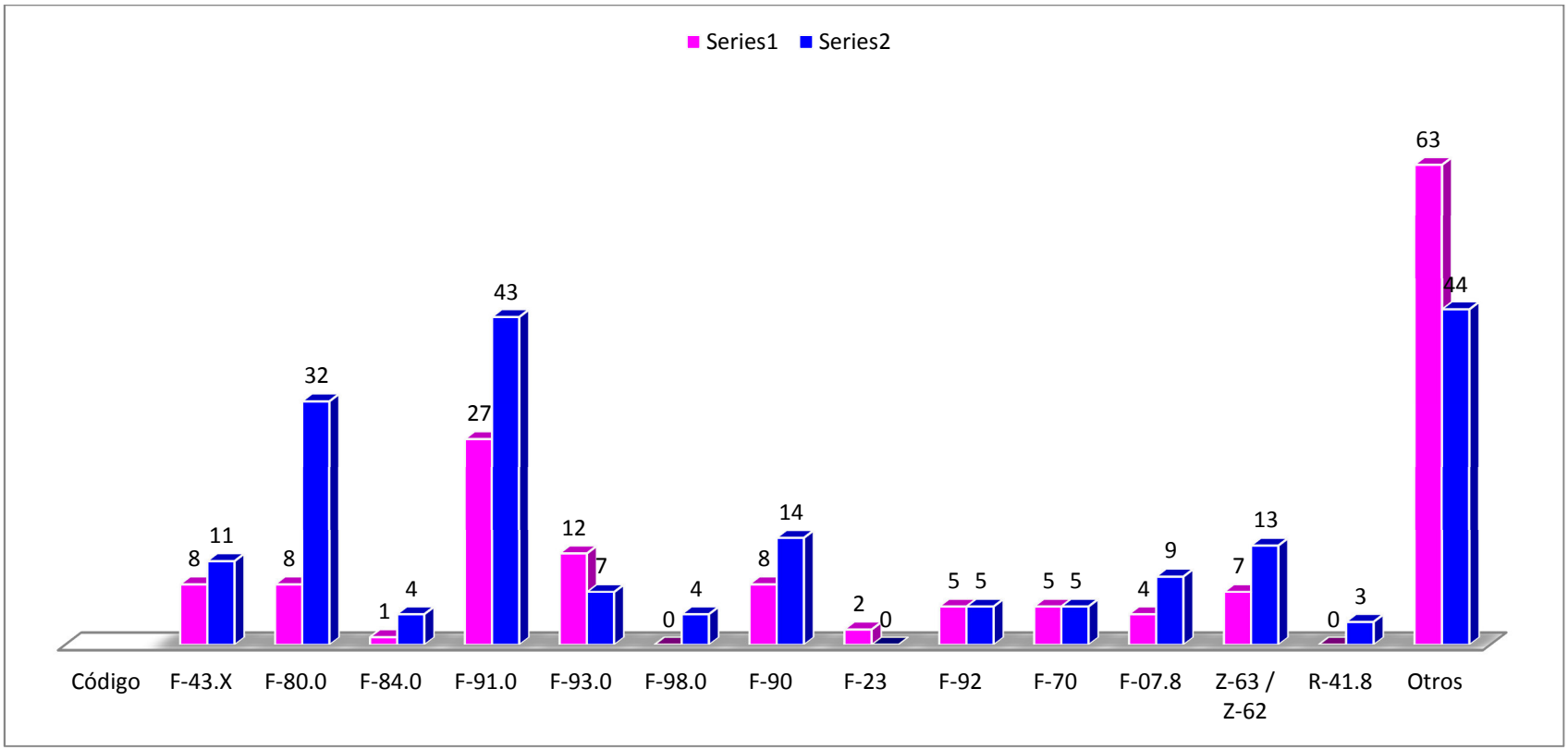


Gráfico N° 4: Durante el año 2013, de un total de 194 niños nuevos; desde el punto de vista psicológico han sido mayormente afectados con los Diagnósticos F91.0 con 22%% y F80.0 con el 16.5%. Mientras que de 150 niñas nuevas han sido mayormente afectadas con el Diagnóstico de F91.0 con 18%, seguido del Diagnóstico F93.0 con el 8%.

MATERIAL PSICOMETRICO UTILIZADO:

AREA INTELECTUAL

- **Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria de Wechsler WPPSI - R**
  - *Autor* : David Wechsler
  - *Forma de Aplicación* : Individual
  - *Duración* : Variable, en torno a 02 horas
  - *Edad de Aplicación* : Niños de 03 a 07 años y 03 meses
  - *Objetivo* : Medir la habilidad o nivel intelectual

- **Escala de Inteligencia para niños y adolescentes de Wechsler WISC IV**
  - *Autores* : David Wechsler, A. Kauffman
  - *Forma de Aplicación* : Individual
  - *Duración* : Variable, en torno a 02 horas
  - *Edad de Aplicación* : Niños de 06 a 16 años y 11 meses
  - *Objetivo* : Medir la habilidad o nivel intelectual

- **Escala de Inteligencia de Stanford Binet L – M**
  - *Autor* : Alfred Binet
  - *Forma de Aplicación* : Individual
  - *Duración* : 40 – 50 min.
  - *Edad de Aplicación* : Niños de 02 a 18 años
  - *Objetivo* : Evaluar la capacidad intelectual

- **PPVT-III PEABODY. Test de Vocabulario en imágenes**
  - *Autor* : Lloyd M. Dunn y Leota M. Dunn
  - *Forma de Aplicación* : Individual
  - *Duración* : Variable, entre 10 y 20 min.
  - *Edad de Aplicación* : De 2 años y medio a 90 años.
  - *Objetivo* : Evaluación del nivel de vocabulario receptivo y de la aptitud verbal.

AREA VISOMOTRIZ

- **Test Gestáltico Visomotor de BENDER (B.G)**
  - *Autora* **:** Lauretta Bender
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual
  - *Duración* **:** Variable, entre 15 a 30 minutos
  - *Edad de Aplicación* **:** Niños(as) de 05 en adelante, cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presenten
  - *Objetivo* **:** Diagnóstico de problemas de aprendizaje, perturbaciones emocionales y disfunciones neurológicas en niños y en adultos.

AREA SOCIOEMOCIONAL

- **Escala de Madurez Social de VINNELAND**
  - *Autor* **:** Edgard Doll
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual
  - *Duración* **:** 20 minutos
  - *Edad de Aplicación* **:** De 0 a 25 años
  - *Objetivo* **:** Mide la madurez social del niño y del joven brindando un esquema para revisar el desarrollo de la historia vital

- **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.

- **Test de Frases Incompletas de FORER**
  - *Autor* **:** Bertram Forer
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual y Colectiva
  - *Duración* **:** 30 min. Aprox.
  - *Edad de Aplicación* **:** Niños
  - *Objetivo* **:** Instrumento de tipo proyectivo. La información que brindan permite seleccionar al paciente para someterlo a una terapia y ofrece indicios de la dinámica de actitudes y sentimientos del paciente.

- **Escala de Autoconcepto para niños de Piers – Harris**
  - *Autor* **:** Pierrs - Harris
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual y Colectiva
  - *Duración* **:** 20 minutos
  - *Edad de Aplicación* **:** Niños
  - *Objetivo* **:** Evaluar el autoconcepto en niños

- **Test del Dibujo de la Familia**
  - *Autor* **:** L. Corman
  - *Forma de Aplicación* **:** Individual
  - *Duración* **:** 15 min. Aprox.
  - *Edad de Aplicación* **:** Niños(as) a partir de los 05 años y adolescentes
  - *Objetivo* **:** Test de personalidad y de la dinámica familiar que vivencia.

- **Inventario de Cociente Emocional ICE BARON – NA**
  - *Autor* **:** ReuvenBarOn
  - *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.

II PARTE

CASO CLINICO

CASO CLINICO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Durante siglos ninguna otra etapa de la vida ha sido más exaltada y censurada que esta, por los poetas, filósofos y políticos. Es fácil reconocer algunas opiniones de nuestros contemporáneos ya que en aquellos comentarios exasperados dichos por Aristóteles hace 23 siglos: los jóvenes, decía son apasionados y rascibles y tienden a dejarse llevar por sus impulsos, particularmente los sexuales... y en este sentido no conocen la continencia. También son volubles y sus deseos inconstantes, además de transitorios y vehementes todos los llevan al extremo, aun tratándose del amor, el odio o cualquier otra cosa se sienten sabelotodo.

Cuando se dice que una persona esta "deprimida"" resulta muy poco específicas las circunstancias que producen la depresión, pueden variar desde los estados temporales (relativamente no perjudiciales), aunque agudos de tristeza, como respuesta una pérdida genuina (p/e, de una persona amada o de un amigo de toda la vida), hasta las condiciones psicóticas sumamente perturbadas, que comprenden las alteraciones mentales y emocionales. Dichos desórdenes depresivos psicóticos son raros en la adolescencia en tanto que las sensaciones de depresión, en una escala menos peligrosa, son muy comunes.

En realidad "si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para esta etapa de la vida este sería la depresión". (Irene Joselyn citado en Garver, 1920). Para la mayoría *de los adolescentes* tales sentimientos son pasajeros, son parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse entre los jóvenes. No obstante, para algunos la depresión o la melancolía puede ser el estado de ánimo predominante, en este tipo de casos es cuando se debe poner atención para que el estado de depresión no se tome crónico y acarree problemas más serios.

La depresión, en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pueden ser todos indicios de una fuerte depresión oculta aunque obviamente también pueden ser el resultado de otros.

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso. Lo que desencadena este tipo de depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo, o un problema que no sabe cómo solucionarlo.

Síntomas de la Depresión Infantil Según la Edad

Edad	Síntomas
Inferior a 7 años	Llanto inmotivado Quejas somáticas Irritabilidad Detenciones del desarrollo Fobia escolar Encopresis
7 años a edad puberal	Quejas somáticas Agitación psicomotriz y ansiedad Agresividad Apatía y tristeza (sentimiento de "aburrimiento") Sensación de "estar superado por las exigencias) Falta de concentración Bajo rendimiento escolar; problemas importantes de desadaptación escolar. Fobia escolar Trastornos de la eliminación Trastornos del sueño Astenia y fatiga o pérdida de energía Anorexia Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad Indecisión

	Ideas o conductas obsesivas Ideas de muerte recurrente Preguntas angustiadas acerca del más allá.
Adolescencia	Mismos síntomas que en la edad prepuberal Conducta negativista o claramente antisocial. Hurtos Agresividad Consumo de alcohol y/o drogas Deseos de marchar de casa Sentimiento de no ser comprendido Malhumor e irritabilidad Desgane para cooperar en actividades familiares Tendencia a recluirse en la propia habitación Desinterés por el aseo personal Dificultades escolares Retraimiento social con hipersensibilidad; especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas Trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría. Desinterés por cosas que antes le atraían.

Terapia cognitiva para la depresión

Existen sesgos cognitivos demostrados empíricamente, entre ellos suelen encontrarse algunos prototípicos en la depresión, conocidos como **tríada cognitiva**. Paralelamente, experimentos con perros evidenciaron la indefensión aprendida. Este modelo cognitivo consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

- El primer componente de la tríada se centra en la **visión negativa del paciente acerca de sí mismo**. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

- El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a **interpretar sus experiencias de una manera negativa**. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse **interpretaciones alternativas más plausibles**.

- El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la **visión negativa acerca del futuro**. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los **patrones cognitivos negativos**. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Teorías que explican la depresión

Existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión:

1. La teoría conductual: como falta de refuerzo.

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problema con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

2. La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a que se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente para que pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

3. La indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema.

Asociada con esta está la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

4. Teoría biológica.

La depresión, según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión que tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos.

En realidad se pueden aplicar todas las teorías y explicar los síntomas de la depresión en función de cada una de ellas.

Relación entre la ansiedad y depresión

Se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión.

Cuando se da esta asociación para el tratamiento, se tiene que definir el problema pendiente para poder iniciar el tratamiento psicológico.

Tratamientos

1. Tratamientos farmacológicos.
2. Tratamientos cognitivos.
3. Tratamientos conductuales.

Tratamiento Conductual

Se puede ver con más detalle pinchando aquí para acceder a la página sobre tratamientos de la depresión

Tratamientos Cognitivo Conductuales

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

1. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.

2. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.

3. Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones.

4. Añade una parte conductual importante con los experimentos conductuales. Consisten en poner a prueba los supuestos irracionales desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado de manera que proporcionen oportunidades de éxito para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Se usarán técnicas cognitivas y conductuales. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc.

La intervención irá completada de técnicas de retribución y para modificar imágenes, así como de distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos

Psicoterapia Interpersonal para la depresión

Trata la depresión como una enfermedad asociada a una disfunción en las relaciones personales.

Las disfunciones que tiene en cuenta son:

1. Duelo. Se trata de asumir una pérdida.
2. Disputas de papeles. Por discusiones en la pareja o con los padres o con los hijos. El problema puede ser por falta de habilidades para conseguir lo que quiere o por tener las expectativas demasiado altas o que no coinciden en la pareja.
3. Transición en el rol social. Puede ser en el trabajo cuando se cambia de situación tanto por una promoción como por pasar al paro.
4. Déficit interpersonal. Se manifiesta en aislamiento social.

Técnicas para evitar las recaídas

El autor ha ampliado este tema con el tratamiento de la depresión recurrente y la crónica en la página:

Esquemas disfuncionales de la infancia

En la infancia aprendemos esquemas de funcionamiento que se automatizan para economía de nuestro comportamiento. Por ejemplo aprendemos a hablar, a andar, a escribir y lo automatizamos. Igualmente aprendemos a enfrentarnos a situaciones que son cotidianas y a reaccionar a determinados sucesos, como enfrentamientos, abandonos, etc. y los automatizamos. El problema surge cuando un aprendizaje que sería correcto en aquellas circunstancias no lo es cuando nos convertimos en adultos, porque las circunstancias han cambiado o porque tenemos habilidades y posibilidades que no teníamos cuando éramos pequeños. Estos esquemas se disparan de forma automática y nos pueden producir una sensación o un estado de ánimo depresivo de forma crónica, sin razones claras. El tratamiento de estos esquemas se puede hacer de acuerdo con el protocolo de Arntz, (1999)

Fuente:

Dr. Jose Antonio Garcia Higuera Psicoterapeuta Cognitivo Conductual .Madrid- España

Labrador, F.J., Echeburúa, E., & Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid – España.

TECNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES PARA LA DEPRESION

TÉCNICA: Cómo combatir los pensamientos deformados

Es efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la ansiedad interpersonal y general, la depresión, desesperación, ineficacia, baja autoestima, la cólera crónica y el perfeccionismo compulsivo.

Lo primero que hay que hacer es aprender a identificar los 15 tipos de pensamientos deformados que seguidamente os describiremos:

1. **Filtraje:** esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle.
2. **Pensamiento polarizado**: Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios.
3. **Sobregeneralización**: En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.
4**. Interpretación del pensamiento**: Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.
5. **Visión catastrófica**: Cuando una persona catastrofiza, una pequeña vía de agua en un barco de vela significa que seguramente se hundirá. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras "y si...".
6. **Personalización**: Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo. El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.
7. **Falacias de control**: Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, o omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos.

8. **La falacia de justicia**: Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se expresa a menudo con frases condicionales: "Si me quisiera, no se burlaría...".
9. **Razonamiento emocional:** En la raíz de esta distorsión esta la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.

10. **Falacia de cambio**: El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás. La falacia de cambio supone que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

11. **Etiquetas globales**: Se trata de generalizar una o dos cualidades en un juicio global, con lo cual la visión que se tiene del mundo es estereotipada y unidimensional.
12. **Culpabilidad**: A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Otras personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.
13. **Los debería**: En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría. No sólo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a sí misma con los **debería.**
14. Tener razón: La persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

15. **La falacia de la recompensa divina**: En este estilo de ver el mundo la persona se comporta "correctamente" en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos angelicales que podrá cobrar algún día.

Para empezar a combatir las distorsiones, se debe volver al momento en que se experimentó la emoción ansiógena o el conflicto interpersonal. El siguiente procedimiento que está formado por cuatro pasos, le ayudará a identificar que se sintió y pensó en tal situación. También le ayudará a descubrir las

distorsiones y a reestructurar los pensamientos. Los cuatro pasos son:

1. Nombrar la emoción

2. Describir la situación o suceso

3. Identificar las distorsiones

4. Eliminar las distorsiones, reescribiendo de nuevo el pensamiento.

TÉCNICA: La aserción encubierta

Ayuda a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades separadas: la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento. A la primera indicación de un pensamiento habitual que sabemos que conduce a sufrir emociones desagradables se interrumpe el pensamiento subvocalizando la palabra "Basta o Stop". Entonces se llena el hueco dejado por el pensamiento interrumpido con pensamientos positivos previamente preparados que sean más realistas, asertivos y constructivos. Adquiriendo estas habilidades se capacita a una persona para enfrentarse con éxito a los pensamientos que antes conducían a altos niveles de ansiedad, depresión o cólera.

La interrupción del pensamiento actúa como un castigo o táctica distractora, reduciendo la probabilidad de que reaparezca el mismo pensamiento otra vez y creando un espacio en la cadena de pensamientos para una aserción positiva. Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.

Esta técnica es útil si se padece de múltiples fobias o de una constelación de miedos de carácter general, relacionados entre sí.

Pasos a seguir:

1. Identificar y valorar los pensamientos estresantes.

2. Fijar una interrupción temporal: si se utiliza un despertador se programará para cuando ya tengamos en mente el pensamiento estresante a sonar en dos minutos, durante los cuales mantendremos en la mente dicho pensamiento. En

el momento en que suene la alarma, gritaremos ¡Basta! Intentaremos mantener la mente en blanco durante 30 segundos.

3. Practicar sin ayuda la interrupción del pensamiento: Lo mismo que el anterior pero sin la ayuda del despertador. Hemos de dar por concluida esta fase cuando somos capaces de gritar la palabra clave subvocalmente, es decir, internamente.

4. Preparar las aserciones encubiertas: Seleccionar pensamientos positivos que puedan sustituir el vacío mental.

5. Practicar la aserción encubierta.

6. Usar la aserción encubierta en situaciones de la vida real: Hay que pasar de la práctica de situaciones imaginarias a las de la vida real.

TÉCNICA: **La solución de problemas**

Podemos definir problema como "el fracaso para encontrar una respuesta eficaz". La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

Pasos a seguir:

1. Identificar las situaciones problemáticas.

2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara. Al describir la respuesta recuerde añadir qué objetivos pretende, es decir si ello se cumpliera significaría que el problema estaría resuelto.

3. Haga una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora.

La técnica de la tempestad de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos.

4. Vea las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica. 5. Evaluar los resultados: Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas?.

TÉCNICA: **La desensibización sistemática**

Con la desensibilización sistemática una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad. La técnica es efectiva para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y algunas reacciones de ansiedad interpersonal. Los pasos son:

1. Relajar los músculos a voluntad (Relajación progresiva)

2. Hacer una lista con todos los temores

3. Construir una jerarquía de escenas ansiógenas de menor a mayor intensidad de ansiedad.

4. Progresar en la imaginación con las situaciones temidas de la jerarquía. Es importante que se practique la visualización para que la situación se viva como más real. No se pasará a una nueva situación ansiógena si no hemos logrado que la anterior situación de la jerarquía quede totalmente resuelta en cuanto a la ansiedad vivida.

TÉCNICA: **La inoculación del estrés**

La inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva (véase en la sección de técnicas), de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión. El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresores hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora. El segundo paso es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del

estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales. El tercer paso es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "in vivo" para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

Es eficaz ante ansiedad interpersonal, general, a entrevistas, a hablar en público y ante los exámenes.

TÉCNICA: La visualización

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones y el cuerpo y para efectuar cambios deseados de la conducta. Puede usarse para aliviar la tensión muscular, eliminar el dolor y para el éxito de muchas de las técnicas cognitivas ya vistas anteriormente.

No es otra cosa que relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas, situaciones de la forma más real posible y con todos los detalles posibles.

Fuente: Gloria Marsellach Umbert – Psicóloga.

Técnica de Resolución de Problemas de D´Zurilla y Golfried.

La técnica de resolución de problemas de D´Zurilla es una técnica que tiene sus antecedentes en la psicología experimental concretamente en los procesos cognitivos implicados en la resolución de problemas intelectuales como por ejemplo resolver rompecabezas, la torre de Hanoi,...etc. Se desarrollaron procedimientos que se pudieran aplicar a los problemas de la vida cotidiana. Y aquí es donde se sitúa la técnica de Resolución de problemas de D´Zurilla. La técnica de resolución de problemas se considera cognitiva porque implica el manejo de estructuras cognitivas que permiten crear o descubrir simbólicamente soluciones para una gran variedad de problemas. El punto de partida suena paradójico, pues según ellos el problema no esta en la situación problemática en sí misma sino en la solución. La clave de la técnica de resolución de problemas será pues analizar las respuestas que damos a la situación porque cuando emitamos la respuesta adecuada habremos dado con

la solución. “El problema no es por la situación sino por la respuesta que damos: tenemos que cambiar de estrategias para encontrar la solución” .Hay un método para encontrar respuestas alternativas que consiste en:

1. Identificación del problema

2. Perfilar la respuesta habitual

3. Hacer un listado de alternativas posibles

4. Analizar las consecuencias de cada alternativa

5. Toma de decisiones y evaluación de resultados.

1. **Identificación de Problemas**:

Se debe hacer realizándonos a nosotros mismos preguntas relativas a como uno se siente –las emociones- . Si la respuesta son emociones o sentimientos negativos como por ejemplo: enfado, confusión, estrés, deprimido,...entonces tenemos un problema. Algo falla en el modo de responder en la situación. Hay escalas para evaluar cómo se siente uno en cualquier área de su vida como pueden ser: el trabajo, la salud, o la familia.

2. **Perfilar la respuesta habitual**:

Para ello realizo los siguientes pasos;-

Analizo la situación: identifico quien está implicado en la situación, donde sucede, que sucede, como sucede, y por qué sucede

- Analizo la respuesta: que hago, como lo hago, como me siento, donde lo hago, cuando lo hago, porqué lo hago y que objetivos pretendo. Tenemos que concluir a esas preguntas que el problema real no es quién está implicado, ni donde sucede, sino que el problema verdaderamente no se la situación sino lo que yo hago, como lo hago, etc. Es decir el problema está en mi respuesta. En esta segunda fase hay también que definir los objetivos alternativos que uno quiere alcanzar de modo que para alcanzar nuestros objetivos tenemos que pensar en nuevas respuestas que tenemos que dar, en donde darlas y en cómo dar las respuestas.

3. **Hacer un listado con todas las alternativas posibles:** es realizar un listado de todas las posibles alternativas de respuesta. Aquí entra en juego la

idea de la lluvia de ideas o la tormenta de ideas: Brain Storm . En esta fase lo que importa es la cantidad de ideas que produzcamos sin entrar a criticar las alternativas generadas. La idea es combinar las ideas para ir seleccionando un conjunto limitado entre 8-10 estrategias para alcanzar cada nuevo objetivo.

4. **Analizar las consecuencias** de cada alternativa: para cada alternativa se le asignan valores; se puntuara más a aquellas que parezcan que son mejores pues sus consecuencias son más positivas y tienen menos consecuencias negativas. Se valorará principalmente:

- Las consecuencias personales o bienestar para uno mismo, siempre eligiendo aquellas alternativas que son más positivas para uno mismo

- La probabilidad de que sean alternativas eficaces, es decir si yo realizo la alternativa elegida que probabilidad tengo de lograr el objetivo.

- La probabilidad del paciente para llevar a cabo la alternativa y su eficacia.

5. **Toma de decisiones y evaluación de resultados:** en esta última fase se decide que alternativa se escoge y aplicamos la alternativa durante un tiempo para evaluar los resultados. Aquí es donde entraría en acción el autoregistro y el autorefuerzo. Si la evaluación final es que no se ha resuelto el problema tendremos que volver atrás para buscar otra respuesta alternativa hasta dar con una respuesta que resuelva el problema.

Anamnesis

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: D.U.
Edad	: 13 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 24 de Julio de 1999
Grado de Instrucción	: 3ero de Secundaria.-CEP.- Los Olivos.
Informante	: Padre
N° de Hijos	: 3 hijas: 13, 10 y 3 años
Referido por	: Psiquiatría Infantil
Fecha de entrevista	: 24 de Noviembre del 2013

MOTIVO DE CONSULTA

Niña derivada del Servicio de Psiquiatría Infantil, por problemas de comportamiento. Se solicita evaluación de la especialidad.

PROBLEMA ACTUAL:

Paciente acude a consulta en compañía de su Padre, quien refiere que "es una niña que tiene problemas de conducta y de personalidad, en el año 2010 cuando tenía 11 años tomo pastillas no recuerda cuantas porque quería matarse, pensaba que nadie la quería" no entiendo porque, en casa la tratamos bien pero le exigimos que sea estudiosa y **ayude un poco en casa**, ahora sale sin permiso a la calle a jugar teniendo cosas que hacer es un tanto irresponsable".

El padre trabaja en una panadería de 2:00 pm. a 11:00 pm., la madre sale a las 6:00 am. y regresa a las 9:00 pm. Durante ese tiempo tiene que cuidar a su hermana menor que tiene parálisis cerebral y esta postrada. Desde hace tres años aproximadamente, miente mucho, dice no tener tarea, luego trae

anotaciones no hizo la tarea, se olvida de las cosas que le encargamos, es una malcriada".

Al entrevistar a la paciente manifiesta" **me da mucha tristeza mi vida**, tengo que alimentar a mi hermanita por sonda con una leche especial, cambiarle de posición para que no le salgan heridas en su espalda, ayudar a mi hermana pequeña con sus tareas, ordenar mi casa, hacer mis tareas "yo también quiero jugar como mis amigas, no tengo nada que contarles todos los días es lo mismo por eso ellas dicen que soy anticuada que hablo como si fuera una mama," " me duele la espalda mi hermanita pesa para moverla y eso ellos no entienden" No me comprenden solo saben gritarme, y criticar lo poco que ayudo me pongo nerviosa (8) cuando llegan porque ni siquiera mi mami me defiende, dice que está cansada de tanto trabajar, pienso que "no les importo solo porque les ayudo me aguantan ellos dicen que soy rebelde tan solo por decir estoy cansada ayúdenme" no los entiendo, creo que no tengo suerte en la vida y siempre estoy suspirando como si quisiera llorar y no puedo a veces.

En el colegio le va regular tiene notas bajas pero esta aprobada , no tiene muchas amigas porque según la paciente hablan de programas o música que ella no ve ni escucha porque no tiene cable y tampoco le alcanza el tiempo por las diferentes actividades que realiza durante el día. La paciente se queja de dolor de cabeza, (intensidad del dolor 8) al pensar "tengo que hacer todo bien para que no me griten", "si le pasa algo a mis hermanas yo voy a ser la responsable por eso me dedico a ellas", constantemente "me da tristeza y lloro porque estoy cansada por eso tome pastillas no para morirme sino que escuche que mi mama lo tomaba para poder descansar y como estaba muy cansada lo hice pero me demore mucho en despertar, eso me conto mi tía por eso no lo volveré hacer" , "a veces miento porque quiero jugar o dormir un poco me canso de hacer las cosas, refiere que cuando el padre llega y encuentra la casa en desorden no le grita a la mama sino a ella porque es la encargada aunque la madre llegue antes. Eso a veces me da cólera porque aun soy chica. Pienso que siempre va ser así porque mi hermana ya no se va curar eso le dijeron a mis papas"

HISTORIA PERSONAL: Madre refiere.-

Producto del primer embarazo, no fue planificada, aceptada. Asistió a sus controles prenatales, estado emocional: tranquila. Tiempo de gestación: 9 meses. Parto eutócico. Llanto inmediato, alta conjunta. Peso: 3000 gr. Talla: 49 cm. Lactancia materna: 9 meses. Lactancia artificial: 1 año y medio. Control de esfínteres: 2 años. Enuresis ocasional.

Motricidad: No gateo. Paro: 9 meses. Camino: 1 año 2 meses. Motricidad fina: apropiado. Habla personal: silabeo: 9 meses. Primeras palabras: 1 año y medio. No dificultades en pronunciación. Frases: 2 años. Oraciones: 3 años y medio. Comprensión: ordenes simples. Lateralidad: diestra.

Apetito: conservado.

Escolaridad: En primaria se adaptaba, cumplió objetivos, se integraba con compañeros, estaba dentro de los cinco primeros puestos.

Actualmente cursa el 3ero de Secundaria en CEP "Proyecto Integral Chavarria" - Los Olivos. Es una alumna regular, tiene notas aprobatorias pero bajas y está entre las últimas del salón.

HISTORIA FAMILIAR

- **Antecedentes generales:** Es una familia de clase media baja, ambos padres son procedentes de Apurímac y se dedican a laborar para cubrir sus necesidades básicas especialmente cubrir los gastos que le demanda tener a una hija con parálisis cerebral la cual esta postrada y requiere de alimentos especiales, pañales, etc.
- **Parientes próximos:** En Lima vive solo la hermana del padre (Sara de 38 años), es soltera la cual trabaja como empleada domestica de lunes a Sábados compartiendo con ellas unas horas los días domingos.
- **Padre:** Paulino de 45 años, nació en Apurímac, católico no practicante por el tiempo refiere, estudio hasta 6º de Primaria, habla quechua y castellano, manifiesta que sus padres eran muy rígidos con él, no querían que pierda el tiempo estudiando para que los ayude más en su parcela. La actitud que

asumía hacia sus padres era de obediencia no podía contradecirlo porque el padre no tenia paciencia. Es el mayor de cuatro hermanos salvo su hermana Sara el resto vive en provincia y son casados.

Actualmente vive con su esposa e hijas, de carácter fuerte conversa mas con la paciente por qué tiene que dejarle indicaciones. Actitud hacia la niña es muy autoritario lo único que le preocupa es que obedezca y ayude en casa.

- **Madre:** Verónica de 36 años, nació en Apurímac, católica no practicante por el tiempo prefiere los domingos quedarse con sus hijas salvo cuando no le obligan a hacer sobretiempo los domingos en la fábrica de confecciones donde trabaja, habla quechua y castellano, manifiesta que sus padres eran muy rígidos con ella, sin embargo le dejaron estudiar a insistencia de la madre pues es la hermana mayor, su hermana Virginia de 30 años es soltera, vive y trabaja con sus padres, La actitud que asumía hacia sus padres era de obediencia, el papa era muy renegón, no se le podía contradecir porque en ocasiones las castigaba físicamente cuando eran niñas, grado de instrucción secundaria completa, compadece a la niña pero no puede hacer nada para solucionar la situación, menciona tener poca paciencia.
- **Hermanas:**Natalia de 10 años con parálisis cerebral postrada hace tres años debido a una encefalitis viral, era una niña buena, alegre estudio hasta 1º grado.

  Briana 3 años 10 meses es la menor de las tres hermanas, presenta retraso en el lenguaje.

INFORME PSICOLOGICO

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: D.U.
Edad	: 13 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 24 de Julio de 1999
Grado de Instrucción	: 3ero de Secundaria.-CEP.- Los Olivos.
Informante	: Padre
N° de Hijos	: 3 hijas: 13, 10 y 3 años
Referido por	: Psiquiatría Infantil
Fecha de entrevista	: 24 de Noviembre del 2013

OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Evaluada aparentemente sana, tez trigueña, cabello lacio, contextura y estatura acorde a su edad cronológica, extremidades en armonía con su cuerpo. Durante las sesiones viste acorde para la situación, se mantiene sentada en su silla de trabajo.

Al inicio se mostro tímida costándole en un inicio coger confianza para expresar lo que se le preguntaba, seguía consignas que se le daba en el transcurso de la evaluación. Se le observa triste, decaída sin embargo colaboro y se logro una adecuada empatía.

Presentó un lenguaje claro, hablaba lo necesario según se le preguntaba, su tono de voz era bajo. Lateralidad manual diestra.

MOTIVO DE CONSULTA

El padre refiere que es un niña que tiene problemas de conducta y de personalidad, en el año 2008 tomo pastillas no recuerda cuantas porque quería matarse, pensaba que nadie la quería, sale sin permiso a la calle a jugar, el padre trabaja en una panadería de 2 pm. a 11 pm. La madre sale a las 6 am. y regresa a las 9 pm. Durante ese tiempo tiene que cuidar a su hermana menor que tiene parálisis cerebral y esta postrada. Se queja de dolor de cabeza,

constantemente se olvida de las cosas, desde hace un año aproximadamente ha empezado a mentir mucho. En el colegio le va más o menos bien.

EXAMEN CLINICO PSICOLOGICO

La evaluada acude a la consulta vistiendo uniforme de colegio, peinada con una trenza, se observa tristeza en su rostro, su tono de voz es bajo y lento.
En cuanto a su atención visual selectiva se encuentra en un nivel promedio, el contenido del pensamiento y percepción presenta buena capacidad en la asociación y conceptualización, el que a veces se dificulta por presencia de factores emocionales que bloquean su rendimiento. No se encuentran alteraciones importantes a nivel de pensamiento.
Mejor desarrollo del razonamiento lógico-espacial que del razonamiento lógico-verbal.
A nivel de memoria no se observan dificultades en la asimilación de información ni en la organización y/o velocidad para procesar información.
Su comprensión verbal adecuadamente desarrollada. Pensamiento organizado logrando manifestar sus preocupaciones adecuadamente.
En cuanto a su afectividad se encuentra presencia de ansiedad y tristeza que dificulta los procesos de atención y se asocia a dificultades en el rendimiento escolar.
Presencia de interferencias emocionales y sentimiento de poco valer asociado al exceso de responsabilidades dentro del hogar.
Sentimientos positivos de integración y de pertenencia a familia nuclear. Presencia de imagen de familia con dificultades en la definición de roles.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS:

- Test de Inteligencia Weschler
- Test visomotor de Bender
- Test Ice de Baron
- Prueba de frases incompletas de Forer
- Protocolo "Yo pienso yo siento"

ANALISIS DE RESULTADOS:

En el Área Intelectual D.U. obtiene un Coeficiente Intelectual de 88, correspondiente a la categoría diagnostica Normal Bajo, siendo su edad Mental de 12 años 8 meses observando en el análisis que presenta alta variabilidad entre sus habilidades.

En el área verbal muestra limitada información; buen conocimiento de palabras, habilidad para conceptuar, conocimiento de normas convencionales de conducta, buena memoria de repetición; habilidad de recuerdo inmediato de material y habilidad en atención a estímulos auditivos. Cierta dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos, su atención se encuentra disminuida y con mejores respuestas ante sus motivaciones personales.

Su mejor desempeño se encuentra en el Área Ejecutiva donde es capaz de organizar material nuevo a partir de sus partes, presenta buena atención a los detalles; habilidad para diferenciar detalles relevantes de los irrelevantes, capacidad para aprender de material nuevo de manera asociativa capacidad para detectar secuencias. Adecuada coordinación ojo- mano, capacidad de razonamiento no verbal, métodos de tanteo acorde a su edad. Experiencia en el armado de rompecabezas

Comparando ambas áreas de evaluación, verbal y ejecutiva se observa que la capacidad de razonamiento abstracto es mejor con materiales no verbales que con estímulos verbales. Concentración adecuada para un estimulo visual pero no para uno auditivo.

En el área visomotora no se evidencian signos de compromiso orgánico pero si de inmadurez.

En cuanto al Área Emocional y Conductual D.U. se caracteriza por presentar un adecuado control de impulsos, manifiesta tristeza y frustración por el estado de salud de su hermana generándole ansiedad y conflicto, en ocasiones tiende a la oposición, mas por cansancio que por rebeldía, es sensible ante la crítica, necesitando aprobación, reconocimiento y afecto de su entorno familiar y social. Establece relaciones interpersonales poco satisfactorias con sus pares. Su autoconcepto impresiona como inadecuado.

Percibe a su dinámica familiar alterada debido a la ausencia de la madre por motivos de trabajo, rol que ella asume en el cuidado de su hermana menor, necesita al igual que sus hermanas de la presencia de la madre. La figura paterna es percibido como serio y a veces rígido sobre todo cuando no siguen sus indicaciones. Se identifica con su rol genérico.

CONCLUSIONES:

En este caso es necesario trabajar con los padres para que asuman su rol dentro de la familia de padres preocupados por sus hijos y no continuar dándole responsabilidades a su hija mayor que no le corresponde, por ser menor de edad si esta situación continua la paciente puede volver a caer en un cuadro de depresión e intento de suicidio como ya lo hizo en una oportunidad.

DIAGNÓSTICO:

F41.2: Trastorno Ansioso depresivo.

RECOMENDACIONES:

- Orientación a los padres para mejorar la comunicación entre sus miembros y redefinir sus roles.
- Terapia de Relajación.
- Terapia Individual a la paciente para ayudarle a mejorar su autoestima y aprenda a afrontar y solucionar los problemas que se le presentan.
- Participación de un taller de habilidades sociales y autoestima.

PLAN DE TRATAMIENTO:

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: D.U.
Edad	:13 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, 24 de Julio de 1999
Grado de Instrucción	: 3ero de Secundaria.-CEP.- Los Olivos.
Informante	: Padre
N° de Hijos	: 3 hijas:13, 10 y 3 años
Referido por	: Psiquiatría Infantil
Fecha de entrevista	: 24 de Noviembre del 2013

OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Se trata de una niña aparentemente sana, tez trigueña, cabello lacio, contextura y estatura acorde a su edad cronológica, extremidades en armonía con su cuerpo. Durante las sesiones viste acorde para la situación, se mantiene sentada en su silla de trabajo.

Al inicio se mostro tímida costándole en un inicio coger confianza para expresar lo que se le preguntaba, seguía consignas que se le daba en el transcurso de la evaluación. Se le observa triste, decaída sin embargo colaboro y se logro una adecuada empatía.

Presentó un lenguaje claro, hablaba lo necesario según se le preguntaba, su tono de voz era bajo. Lateralidad manual diestra.

MOTIVO DE CONSULTA:

El padre refiere que es un niña que tiene problemas de conducta y de personalidad, en el año 2008 tomo pastillas no recuerda cuantas porque quería matarse, pensaba que nadie la quería, sale sin permiso a la calle a jugar, el padre trabaja en una panadería de 2 pm. a 11 pm. La madre sale a las 6 am. y

regresa a las 9 pm. Durante ese tiempo tiene que cuidar a su hermana menor que tiene parálisis cerebral y esta postrada. Se queja de dolor de cabeza, constantemente se olvida de las cosas, desde hace un año aproximadamente ha empezado a mentir mucho. En el colegio le va más o menos bien.

AREAS A INTERVENIR

Para el siguiente caso se aplicara la Terapia Cognitiva Conductual.
AREA AFECTIVO - EMOCIONAL

Pautas diagnosticas de la distímia

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día duración 3 años en la paciente.
B. Baja autoestima
    - Sentimientos de desesperanza
    - Sueño interrumpido.

Supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión

- En el caso de D.U. la rutina de realizar labores de atención a sus dos hermanas menores una de ellas postrada por parálisis cerebral hace tres años le produjo depresión e intento suicidarse aunque por su edad "manifiesta que lo hizo para descansar pues es la pastilla que su madre tomaba cuando estaba muy cansada".
- Otro dato importante es el poco valor que los padres le dan a la paciente a pesar de la ayuda importante que es para la familia.
- Excesiva responsabilidad para tan corta edad.
- Sentimientos de desesperanza de poco valer, produciendo en ella baja autoestima.
- Dificultad en sus relaciones interpersonales, sus compañeras la critican porque no ve los programas de su edad. La cuestionan.

La Triada Cognitiva

Consiste en **tres patrones de pensamiento típicos** que inducen a la persona con depresión a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo peculiar e idiosincrático

El primer componente de la triada se centra en la **visión negativa que tiene la persona acerca de sí misma**. D.U. se ve así misma como torpe, con poca valía, a pesar de ser tan útil en casa y esforzándose en realizar actividades que no son propias de su edad y el cual le demanda esfuerzos físicos como cuando tiene que cambiar de posición a su hermana enferma de modo que se subestima y se critica a sí misma en base a los defectos que le atribuye el padre.

Interpretar sus experiencias de una manera negativa (visión negativa del mundo)

"No tengo suerte en la vida" Analiza su situación de manera negativa no tiene esperanzas de que cambie o que su mama deje de trabajar para estudiar como lo hacía antes y tenía buenas notas.

Visión negativa acerca del futuro. D.U. piensa que toda la vida la va pasar cuidando a su hermana ya que la parálisis es irreversible y sus padres tienen que continuar trabajando porque invierten el dinero en las medicinas y leche especial que toma su hermana.

La paciente usa esquemas de **autosacrificio** (da mucho de sí a los demás sin pedir nada a cambio, actúa de esa forma para evitar causar dolor a los demás, sentirse culpable postergando sus propios intereses para ayudar a su familia) y **sometimiento** ("es importante satisfacer la necesidad de otros y no el mío.)

Búsqueda de aprobación "hago esto para que me aprueben y estén orgullosos de mi". En este caso D.U. piensa erróneamente que va a ser rechazada, reaccionará con el mismo afecto negativo (tristeza, enfado) como si el rechazo fuera real aislándose de sus compañeras.

OBJETIVOS:

1. Ayudar a la comprensión del problema
2. Orientar a los padres con respecto a las excesivas responsabilidades que se le está indicando a la paciente.
3. Disminuir sus niveles de ansiedad.
4. Cambiar sus cogniciones por pensamientos racionales.
5. Trabajar el fortalecimiento de su autoestima y mejorar la dificultad en sus relaciones interpersonales.

TRATAMIENTO

- **Psicoeducación**: Incrementar el nivel de conocimiento y de conciencia del paciente respecto a la naturaleza de la depresión
- Entrenamiento en respiración/relajación de la ansiedad

  El concepto de ansiedad normal, sus componentes y función adaptativa.

  La depresión patológica, y su circuito generador y perpetuador.

  El concepto de preocupación excesiva, el pensamiento catastrófico y la sobreestimación.

  Esta fase debe ser interactiva, con ejemplos del paciente y de una manera visual.

- **Reestructuración cognitiva:**
  - **Para los padres:**
    - Analizar su rol de padres dentro de su hogar, lo están cumpliendo, están delegando responsabilidades, porque dejar que mi hija menor asuma roles tan delicados como cuidar a su hermana postrada, porque exigirle las mejores notas si tiene que estar pendiente de sus hermanas y de la limpieza de la casa? Que responsabilidades como padres tenemos para con nuestros hijos.
    - Redefinir sus roles

- **Para D.U.:**

  - Identificar y modificar las creencias intermedias y centrales.
  - Analizar hasta qué punto sus pensamientos se amoldan a los hechos.
  - Determinar de qué forma influyen en su estado emocional, su comportamiento y en el logro de objetivos.
  - Analizar las consecuencias derivadas del hecho de ser ciertos.
  - Darle estrategias que le ayuden a enfrentar sus problemas tanto con sus padres como con sus compañeros.
  - Enseñarle formas de mejorar la comunicación.
  - Participación de un programa de habilidades sociales y autoestima.

- **Ensayos conductuales**

  - "No puedo soportar que mi casa esté hecha un desastre" / Deje ciertos rincones de su casa hechos un desastre.
  - "Sería terrible llegar tarde a la casa" / Llegue 5 minutos tarde a la casa.
  - "Sólo existe un modo correcto de atender a mis hermanas" / atiéndelas de varios modos diferentes.

- **Solución de problemas:**
  - Existen creencias que obstaculizan la solución de problemas y están referidas a la competencia, autoestima, seguridad y primacía de sus necesidades.
  - Esta estrategia es necesaria cuando una situación en su vida desencadena una emoción dolorosa y persistente, cuando mantiene conflictos con personas importantes en su vida, cuando desea algo con mucha intensidad pero encuentra obstáculos.

- **Programa de actividades:**
  - Un estilo de vida con pocas actividades gratificantes es un factor de vulnerabilidad para la ansiedad.
  - Describir las razones por las cuales es beneficioso incrementar actividades agradables.
  - Discutir las razones del paciente para no hacerlas.
  - Elaborar una lista de actividades gratificantes.
  - Asignar tareas para la casa.

- **Manejo del tiempo:**
  - Delegar responsabilidades.
  - Saber decir “no”.
  - Ajustarse a los planes previstos.
  - Establecer metas:

    A: prioritarias, deben ser hechas el mismo día.

    B: muy importantes, deben ser hechas pronto.

    C: importantes, deben ser hechas, pero no muy pronto.
  - Asignar tiempo suficiente a cada actividad.
  - Programar horarios de las distintas actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Buela-Casal, G., Fernandez-Rios, L y Carrasco, T.J. (1997). *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención.* Madrid. EditorialPirámide
- Polaino-Lorente, A. del Pozo Armentia. (1996). *El impacto de los acontecimientos vitales estresantes en los padres de los niños cancerosos*. Acta Pediátrica Española. Vol. 54, N°3: 163 – 172.
- K. Cullen. (1995). *La familia y el niño con cáncer*. Vox Pediatrica, III, 1: 49 – 57.
- Clark, David A. y Beck, Aaron T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad.* España. Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- E. Bunge; M. Gomar; J. Mandil. (2009). *Terapia Cognitiva para niños y adolescentes.* Librería Akadia. Buenos Aires.
- *Psico-oncologia pediátrica: valoración e intervención*. (2008). Edita: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.
- Revista del Cuerpo Médico, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 1958 -2008, pag. 135 – 137.*Desarrollo de la Psicología en el HNERM. Dra.* Lucila Jiménez Suárez.
- Cortes F., Abian, L., Cortes – F. H. (2003). *Revista Interdisciplinaria de Psicooncologia.* Madrid – España, Pág. 10 y 85.

FOTOGRAFIAS

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - EsSalud





EVIDENCIAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS PACIENTES DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (MEDICOS ONCOLOGOS, PSICOLOGA, TRABAJADORA SOCIAL, ENFERMERAS Y TECNICAS)



DIBUJOTERAPIA EN LA SALA DE QUIMIOTERAPIA





PASEOS CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES



CELEBRANDO EL DIA DE LA PRIMAVERA: CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES TODOS CON SUS DISFRACES SEGÚN SUS PERSONAJES PREFERIDOS.



