

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, Essalud : episodio depresivo moderado con patrón de dependencia y sumisión

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

Rosa Elvira Rodriguez Huambachano

LIMA – PERÚ

2014

Si hay luz en el alma
Habrá belleza en la persona
Si hay belleza en la persona
Habrá armonía en el Hogar
Si hay armonía en el Hogar
Habrá orden en la Nación
Si hay orden en la Nación
Habrá paz en el Mundo.

Proverbio chino.

Con amor y reconocimiento dedico estas memorias para mi Madre, que con sus 89 años continuo motivándome en mi superación personal.

A Pepe mi compañero de toda la vida,
María Rosa mi hija, quienes por su constante estímulo conmueven mi corazón y ponen fuego en mi Espíritu.

Índice

Pág.

Caratula
Dedicatoria
INTRODUCCIÓN.....04
I. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL.....06
1.1.-Nombre del Hospital.....06
1.2.-Ubicación y Dirección del Centro.....06
1.3.- Características de Infraestructura.....06
1.4.- Historia de la Seguridad Social 07
1.5.- Reseña Histórica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins…….09
1.6.- Reseña Histórica del Servicio de Psicología……..09
1.7.- Fundamentación.....10

II.- GESTIÓN INSTITUCIONAL.....11
Misión 11
Visión.....11

III.- GESTIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA.....11
3.1.- Misión 11
3.2.- Visión 11
3.3.- Infraestructura del Servicio de Psicología 11
3.4.- Horario de Trabajo 12
3.5.- Recursos Humanos.....12
3.6.- Organización Funcional 12
3.7.- Estructura Funcional 13
3.8.- Objetivos del Servicio de Psicología: 14
3.9.- Estadística General 2012-2013 14

IV.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO.....18

4.1.- Nombre.....18
4.2.- Ubicación 18
4.3.- Descripción 19
4.4.- Infraestructura 19
4.5.- Objetivo General del Servicio de Psicología 20
4.6.- Objetivos Específicos 20
4.7.- Estadística Individual 2012- 2013.....23

V.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA 26
5.1.- Objetivos 26
5.2.- Actividades 26
Terapia Psicológica Grupal …….. 27

VI.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACIÓN 27
6.1.- Objetivos 28
6.2.- Actividades 28

VII.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS .29

VIII.- PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES. 30

IX.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....31

PARTE II
ANAMNESIS (CASO CLÍNICO) 38
INFORME PSICOLÓGICO.....47

PARTE III
PLAN DE TRATAMIENTO ……53
REFERENCIAS.....68
ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El Presente trabajo tiene como objetivo brindar información sobre las experiencias profesionales de 28 años en la Institución.

El otorgamiento de prestaciones asistenciales en EsSalud, se desarrolla bajo el modelo de atención integral que articula los componentes organizacionales, prestacionales de gestión y financiamiento. Este se centra en la prevención y promoción de la salud a través de la intervención sobre los determinantes sociales de la misma, mediante un conjunto de iniciativas de salud pública, organizadas para preservar, proteger y promover la salud de la población asegurada. Dentro de los niveles de atención tenemos: El Primer nivel de atención con una cartera de servicios de complejidad creciente, donde las áreas de intervención preventiva promocional permitirán disminuir el riesgo de enfermedades. El segundo nivel de atención se encarga de la resolución de condiciones clínicas y quirúrgicas de mediana y alta complejidad**.**

El tercer nivel, para las de alta complejidad y alta especialización, organizando redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel. La Seguridad Social se basa en un modelo de atención primaria y actúa sobre los determinantes sociales de la salud con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales para lograr el mejoramiento de la calidad de vida familiar, social de nuestra población asegurada.

Así el Hospital Edgardo Rebagliati Martins es uno de los hospitales más destacados en Latinoamérica. Pertenece al tercer nivel de atención donde acuden pacientes referidos que tiene una valoración de alta complejidad. Siendo la modalidad de trabajo la intervención a través de un equipo multidisciplinario.

El Departamento de Obstetricia y Ginecología brinda atención integral y especializada a la mujer, la gestante, en todos sus ciclos de vida. Tiene por finalidad promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger, recuperar y rehabilitar las capacidades de la mujer en lo que concierne al ciclo reproductivo. Desarrolla habilidades y destrezas en los métodos de prevención diagnóstico y tratamiento mediante sus procesos sanitarios, la psicología está considerada

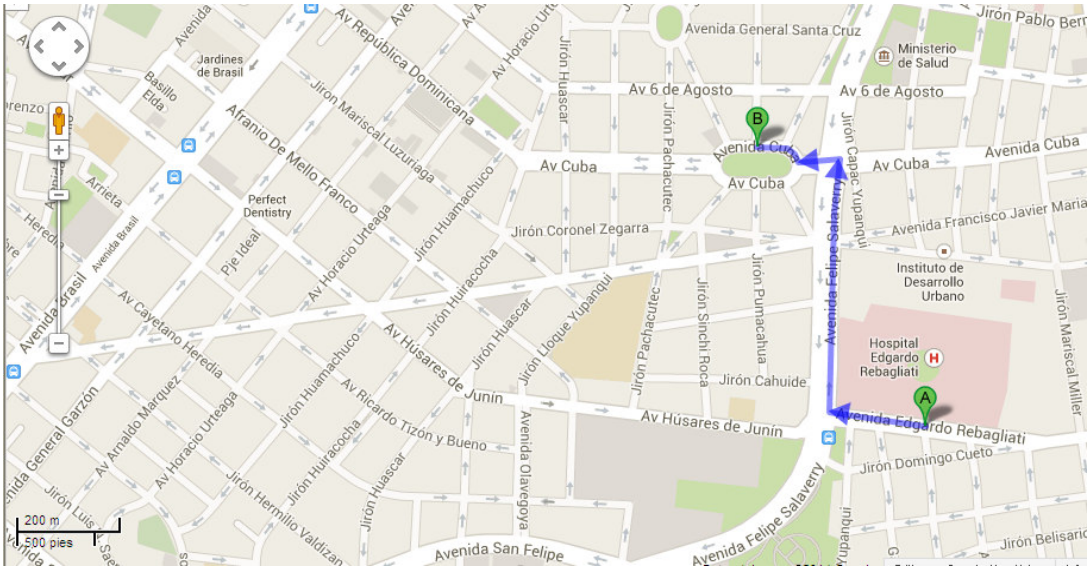
dentro del proceso integral de atención a la gestante, se ocupa de 3 procesos antes, durante y después del parto (puerperio). Las mujeres hospitalizadas debido a un evento obstétrico o físico, presentan alteraciones emocionales, particularmente de tipo afectivo que pueden o no formar parte de un trastorno mental. Algunas de estas manifestaciones responden al evento de manera similar a un estado de crisis, sin considerarse estos estados psicopatológicos estas experiencias de sufrimiento resulta más apremiante para la persona y en donde los clínicos de cualquier especialidad médica necesitan afrontar de manera excelente demandas de alivio de curación emocional y de esperanza.

La Psicología está considerada dentro del proceso integral como un eje importante que consiste en desarrollar estrategias de intervención terapéutica a efecto de que la paciente aprenda a enfrentarse a su nueva situación física y a todos los cambios que se va a generar en el proceso normal del embarazo. Además los tratamientos psicológicos de tipo cognitivo conductual y los de orientación intersubjetiva, obtienen los mejores niveles de evidencia y recomendación para la problemática mencionada en el contexto hospitalario y han de hacerlo a través de un nivel específico de análisis e intervención propia de la Psicología como ciencia aplicada que trata de estudiar aquellas características de la personalidad del paciente, abordando aquellas variables de afrontamiento y ajuste. Brindando una atención integral tanto a la paciente como a la pareja – familia con la finalidad de lograr su participación activa en el tratamiento integral de la paciente.

I.- RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL

1.1.- Nombre del Hospital: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

1.2.- Ubicación y Dirección del Centro: Av. Rebagliati 490, distrito de Jesús María Lima, Perú. Para identificar su ubicación se detalla un plano con las principales avenidas.



1.3.- CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA.

En el año 1951 se inicia la construcción del Edificio en el Terreno que originalmente pertenecía a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Este edificio cuenta con 14 pisos, los servicios de Laboratorio, Banco de Sangre, Radiodiagnóstico, Tomografía, Rayos X, Consultorios Externos, Emergencia General, Emergencia de Obstetricia, Emergencia Pediatría, Centro de Hemodiálisis, Farmacia Central, Citotóxicos, Nefrología Oficinas de Gerencias, Oficinas de Servicio Social, Psicología, Enfermería, Garantía de la Calidad, La Policía Nacional y la Reniec que se encuentra en el Blok G Hospitalización Pediátrica se encuentran ubicadas en el primer piso. Los 12 pisos restantes son de Hospitalización cada piso cuenta con oficinas de Jefaturas, auditorios, nutrición, y el piso 14 es el Staff de Médicos. Actualmente hay 14 Policlínicos en distintos lugares de Lima.

1.4.- HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

El Seguro Social de Es Salud es un organismo público descentralizado con personería Jurídica de derecho público interno adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechos habientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención promoción, recuperación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgo humano.

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 de la Gran Depresión de 1929. Jugó 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 (período de 1919 a 1935) la implantación de sistemas de seguros sociales en el hemisferio occidental ”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.

Creación del Seguro Social Obrero Obligatorio.

El 12 de Agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.° 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, brindaba prestaciones de “asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicios de farmacia y subsidios en dinero” (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción) El 10 de Febrero de 1941 inició sus actividades el primer hospital de la Caja Nacional del Seguro Social, con el nombre de Hospital Mixto y Policlínico de Lima, y fue su primer director el Dr. Guillermo Almenara Irigoyen, cuyo nombre lleva el hospital a partir de 1981.

Creación del Seguro Social Obligatorio del Empleado.

El 19 de Noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.° 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado, con la misma cobertura de prestaciones que el Seguro Obrero.

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 existentes. El 6 de Noviembre de 1973 mediante el Decreto Ley 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 Instituto Peruano de Seguridad Social.

El 29 de Diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). 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"

En la década de los 90, el Estado, a través del Decreto Ley N.° 25897, crea el Sistema Privado de Pensiones, posteriormente, el 6 de Diciembre de 1992, crea por Decreto Legislativo la Oficina de Normalización Previsional, como entidad encargada de administrar todos 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 EsSalud

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.

1.5.- RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

Este hospital inició su construcción el 3 de Noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado. Inicialmente se llamó Hospital del Empleado y su primer director fue el doctor Guillermo Kaelin de la Puente. En 1987 se le dio el por nombre Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en honor al Dr. Rebagliati. Actualmente el hospital Rebagliati es el referente de la medicina del país. Atiende a más de un millón 707 mil asegurados. Tiene cinco mil trabajadores, 93 especialidades médicas, mil 600 camas y 115 consultorios externos. Además, realiza más de 60 mil consultas al mes.

1.6.- RESEÑA HISTÓRICA DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA.

En 1962 se forma la Unidad de Psicología quien depende 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 Servicio de Psicología y luego paso a ser Departamento, actualmente es Servicio y se insertó en la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento. En el año 1992 laboraban ya en el hospital 38 psicólogos.

El Servicio de Psicología en su especialidad clínica ha alcanzado un alto grado de desarrollo y especialización, teniendo mayor demanda las Especialidades Médicas de Neurología, Neurocirugía, Gineco-Obstetricia, Salud Mental, Rehabilitación, Emergencia, UCI y UCIN, Pediatría, Oncología y en general casi todas las especialidades médicas.

1.7.- FUNDAMENTACIÓN

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2013 se atendieron 7,060 pacientes, 7,620 Nacimientos, 180 Nacimientos múltiples, pacientes que fueron atendidas por partos eutócicos y cesáreas.

Las tendencias actuales en nuestro centro hospitalario señalan un aumento cada vez mayor de pacientes con enfermedades crónicas, Pre eclampsia (20%) Diabetes (10%) Lupus Eritematoso. Acompañado de prematuridad y complicaciones del embarazo como son las Infecciones de Tracto Urinario (ITU), amenaza de aborto, placenta previa total y parcial, amenaza de parto prematuro, en algunas ocasiones cuando no hay cama en el 7mo piso, que es de Ginecología las pacientes son internadas en el piso 5to provisionalmente después de una intervención. Luego pasan al piso que les corresponde.

Debido al efecto que provoca la hospitalización y particularmente en una institución de alta especialidad gineco -obstétrica, las pacientes suelen referir estados ansiosos y modificaciones en el estado del ánimo, con tendencia al ánimo deprimido, sabemos que esta condición actúa en el psiquismo como disparador de ansiedades reactivas y estados emocionales alterados de tipo agudo. Las condiciones de la paciente obstétrica, puérpera y ginecológica, debido a las exigencias de la crianza, el cambio de roles y el significado del embarazo como ente vital y que debe afrontar el diagnóstico de una enfermedad por la cual se ve sometida en ocasiones a procedimientos médicos invasivos aunado a él proceso de hospitalización exige a las mujeres dejar de ejercer sus roles familiares, sociales, laborales y asumir el papel de paciente. La alteración brusca del ritmo de vida, la separación de la familia, el enfrentamiento a un lugar y personas extrañas, experiencias amenazantes, el dolor físico y psicológico, así como la soledad y pérdida de la privacidad , van a generar en la paciente aflicción, alteración del concepto de sí mismo, miedo, tristeza, angustia, ira, agresividad, impulsividad y evasión , las manifestaciones emocionales pueden catalogarse como Trastornos claramente definidos en el Manual de Diagnóstico de la Salud (DSM-IV) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).También pueden corresponder a conflictos, tanto individuales como interpersonales de naturaleza más amplia, los cuales aunque no entren en una clasificación nosografíca clásica, tiene el efecto de perturbar y generar malestar, transformándose en una fuente de limitación. Es por eso que se recomienda

realizar un diagnóstico diferencial mediante los puntos estipulados de manera previa, contextualizando la sintomatología, las alteraciones o manifestaciones clínicas, lo cual permitirá establecer una terapéutica específica y congruente con la etiología.

Es conveniente la pronta atención de estas alteraciones ya que su cronicidad o anclaje con estructuras lábiles de carácter o personalidad pueden agravarlas. Es necesario evaluar las fortalezas, déficits cognitivos, emocionales y conductuales identificar la presencia de psicopatologías, que favorezcan o dificulten la adaptación. Estos eventos disminuyen en tiempo e intensidad luego de una intervención psicológica, permitiendo una mejor predicción, control y comprensión de la conducta en contextos sanitarios, familiar, social y laboral.

II.- GESTIÓN INSTITUCIONAL

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"

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".

III.- GESTIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

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

3.2.- VISIÓN: "Ser un servicio líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado"

3.3.- INFRAESTRUCTURA SERVICIO DE PSICOLOGÍA

El servicio de Psicología del HNERM, se encuentra establecida en el primer piso del Edificio principal, 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 cuenta con un consultorio en el primer piso, en el lado C (53) destinados a la atención ambulatoria para la consulta externa.

3.4.- HORARIO DE TRABAJO

Se realiza labores de 8am. A 2pm. De Lunes a Sábado.

3.5.- RECURSOS HUMANOS

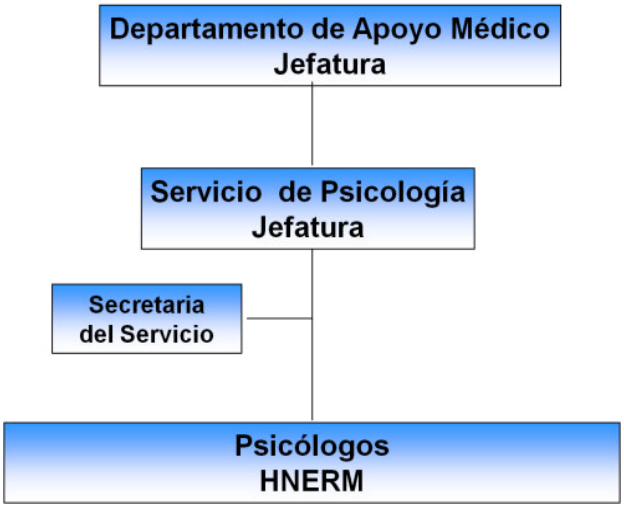
El Servicio de Psicología actualmente cuenta con un staff de 38 Psicólogos

- Psicología en Áreas Médicas:
- Pediatría Medicina Física y Rehabilitación
- Oncología Médica y Hematología
- Medicina Interna y Traumatología
- Nefrología y Hemodiálisis
- Programa de Enfermedades Sistémicas
- Programa de ETS, VIH Sida, Enfermedades Crónicas y Terminales
- Ginecología y Obstetricia.

3.6.- ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

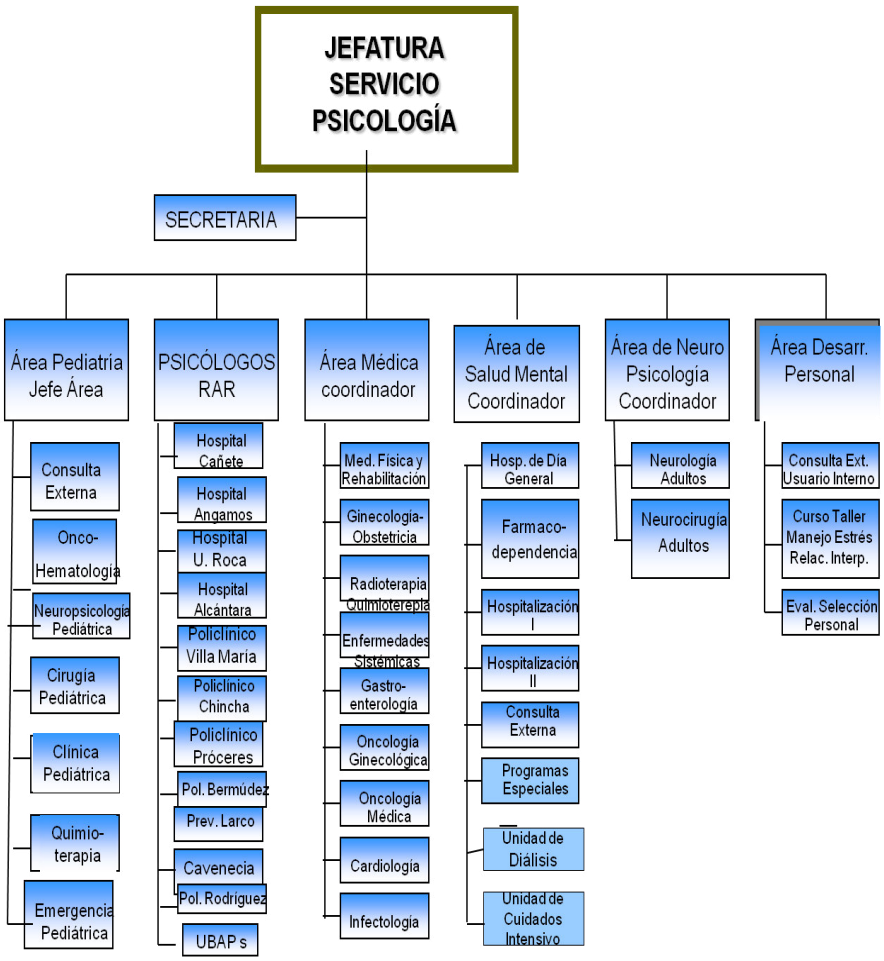
Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico y cumple funciones de atención psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación diagnóstico y tratamiento tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar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

Línea de autoridad: Jefe de Servicio - coordinadores - Psicólogos – Secretaria-internos.



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

3.7.- ESTRUCTURA FUNCIONAL:



3.8.- OBJETIVOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA:

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son trasferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.
- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.
- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y a 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.

3.9.- ESTADÍSTICA GENERAL 2012-2013

Tabla N° 1

Actividades Psicológicas 2012- Procedimientos

ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS	INDICADORES	2012												TOTAL
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Atención Psicológica	Atención	**1728**	**2038**	**1896**	**2047**	**2252**	**2228**	**2290**	**2280**	**2608**	**2482**	**2324**	**2064**	**26237**
Procedimientos de Psicológica 2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1559	1103	1304	1400	1400	1275	1391	1011	1039	1040	1013	1272	14807
2.2. Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesión	2453	2479	2584	2408	2745	2340	2177	2700	3038	3040	2771	2337	31072
Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	743	672	852	790	729	520	510	650	338	302	382	342	6830
Atención Psicológica CONSULTA EXTERNA		709	955	865	820	993	903	855	688	842	1018	1108	711	10467
Atención Psicológica HOSPITALIZACIÓN		1019	1083	1031	1227	1459	1325	1435	1592	1766	1464	1216	1353	15970
		1728	**2038**	**1896**	**2047**	**2452**	**2228**	**2290**	**2280**	**2608**	**2482**	**2324**	**2064**	**26437**

GRAFICO N° 1

Actividades Psicológicas 2012 - Procedimientos

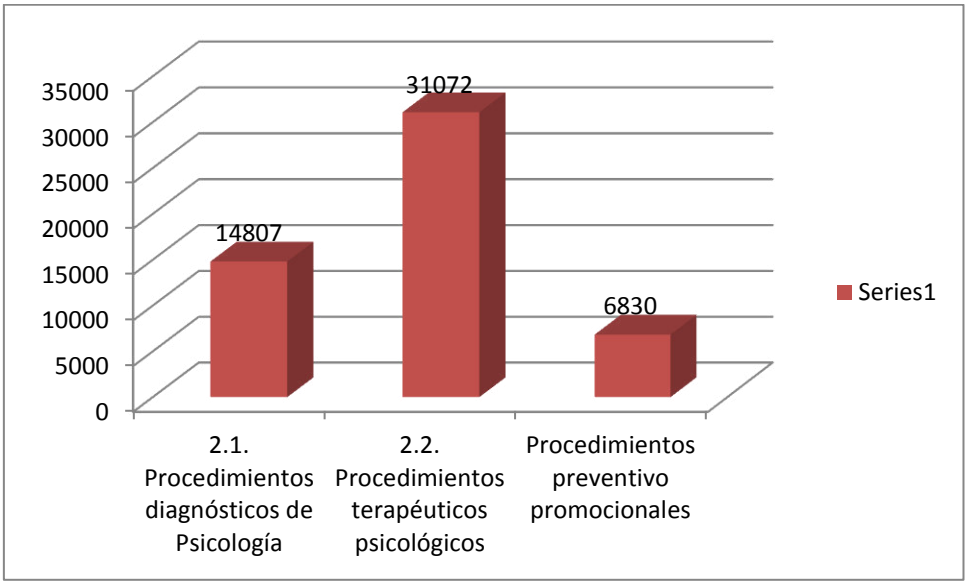


GRAFICO N° 2

Actividades Psicológicas 2012 - Atenciones

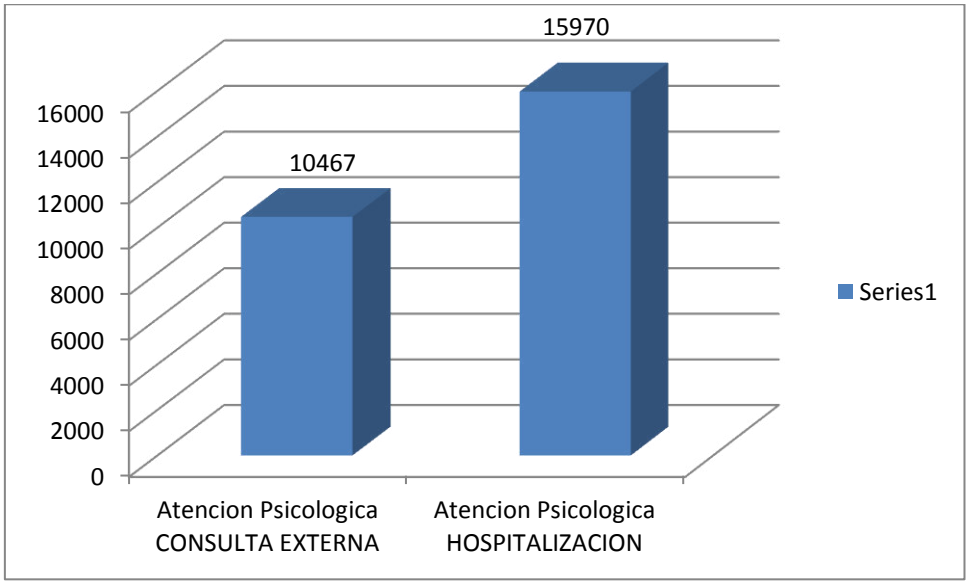


Tabla N° 2

Actividades Psicológicas 2013 – Procedimientos

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	INDICADORES	2013												TOTAL
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
1. Atención Psicológica	Atención	**2268**	**1911**	**1928**	**1979**	**2151**	**1981**	**2125**	**2211**	**1903**	**2113**	**2379**	**2019**	**24968**
Procedimientos de Psicológica														
2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1010	935	1094	1216	1197	1282	1298	1170	1378	1396	1318	1429	14723
2.2. Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesión	2383	2445	2439	2535	2718	2651	3011	2689	2908	2670	2953	3002	32404
Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	475	523	591	461	463	455	523	608	359	329	584	486	5857
Atención Psicológica CONSULTA EXTERNA		1069	706	740	114	805	663	752	656	632	683	792	668	8280
Atención Psicológica HOSPITALIZACION		1199	1205	1188	1237	1346	1318	1373	1555	1271	1430	1587	1351	16060
		2268	**1911**	**1928**	**1979**	**2151**	**1981**	**2125**	**2211**	**1903**	**2113**	**2379**	**2019**	**24968**

GRAFICO N° 3

Actividades Psicológicas 2013 - Procedimientos

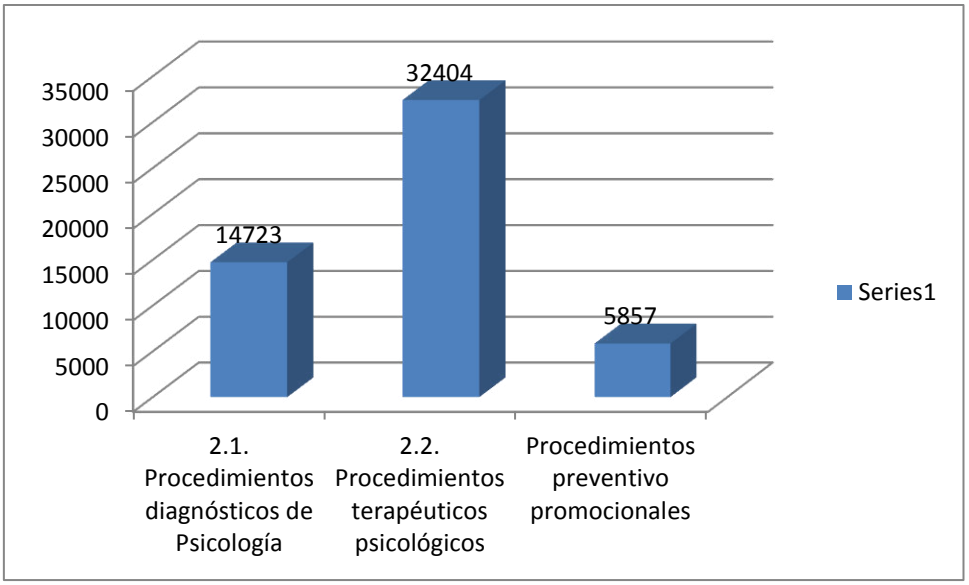


GRAFICO N° 4

Actividades Psicológicas 2013- Atenciones

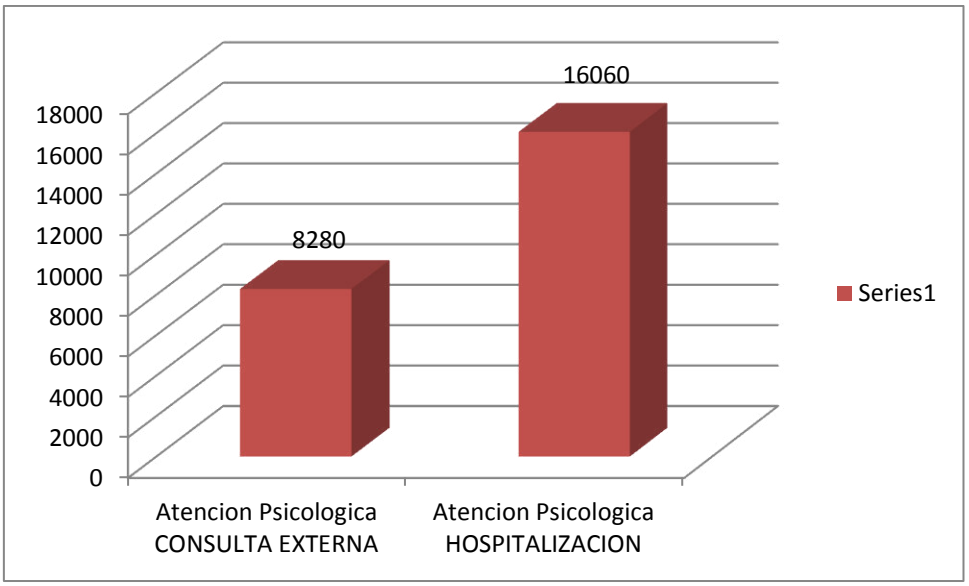


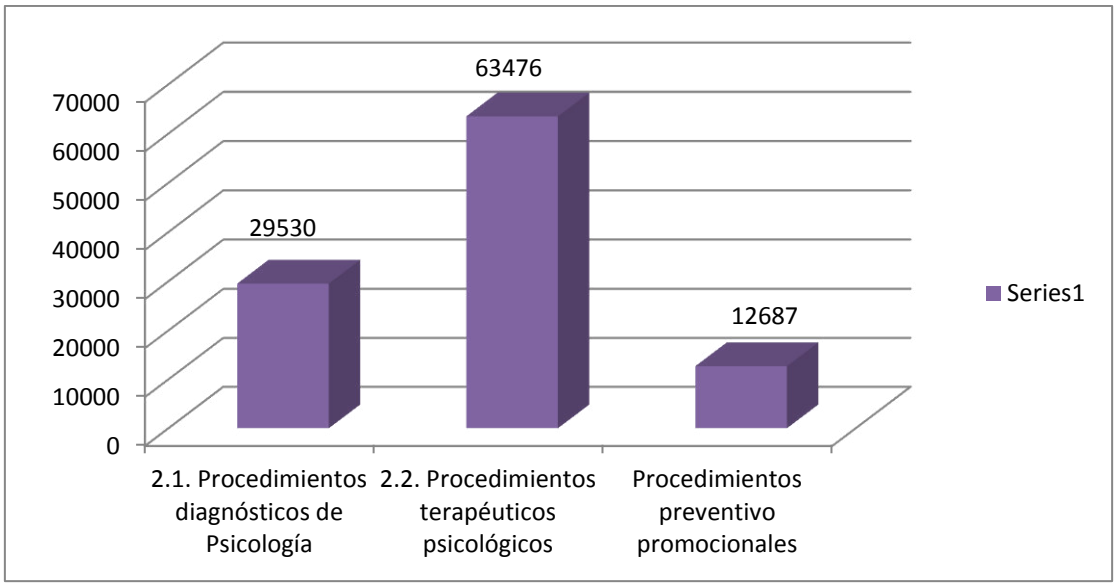
Tabla N° 3

Procedimientos Diagnósticos - Terapéuticos y Preventivo Promocionales 2012- 2013

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTALES
Atención Psicológica (Cons. Ext.+ Hospitalización)	26237	24968	51205
Procedimientos de Psicológica			
2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología	14807	14723	29530
2.2. Procedimientos terapéuticos psicológicos	31072	32404	63476
Procedimientos preventivo promocionales	6830	5857	12687
TOTAL	52709	52984	105693

GRAFICO N° 5

Procedimientos Diagnósticos - Terapéuticos y Preventivo Promocionales 2012- 2013



IV.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO

4.1.- NOMBRE: Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

4.2.- UBICACIÓN: El Departamento de Ginecología y Obstetricia se encuentra establecida en el 7mo y 5to piso del edificio principal, que tiene una edificación de material noble distribuida en 11 espacios , un ambiente en el 7mo piso para la Jefatura de Departamento, 2 ambiente para hospitalización de ginecología y oncología ginecológica donde alberga pacientes con problemas oncológicos, 4 ambientes en el 5to piso de gineco obstetricia destinados para hospitalización de gestantes, un ambiente en el primer piso destinado a Emergencias ginecológicas y Gineco obstétricas, un ambiente destinado a Planificación Familiar, un ambiente para Psicoprofilaxis para la ejecución de orientación y talleres para paciente y familia. Adicionalmente se utiliza el Auditorio N° 2 que está ubicado en el sótano del edificio para la ejecución de Charlas familiares.

4.3.- DESCRIPCIÓN

El Departamento de Ginecología Obstetricia y Neonatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tiene a cargo el Servicio de Obstetricia, órgano de línea del Departamento Gineco-Obstetricia, encargado de Brindar atención de calidad a la paciente gestante que ingresa por consulta Externa y Emergencia, comprometidos a elevarlos y mantenerlos, desarrollando sus funciones con eficiencia y eficacia para el logro de los objetivos de la Institución.

Fue inaugurado el 03 de Noviembre de 1958. La primera cesárea fue realizada por el primer Médico – Jefe del Servicio de Obstetricia Dr. Víctor Vargas Vicuña Fueron años de un inicio algo tormentoso, ya que nuestros primeros médicos tuvieron que soportar ser apartados de la Federación Médica Peruana, que se oponía a la apertura de nuestro hospital. En 1962, era la época de gobierno militar cuando se crea el servicio de Oncología Ginecológica con el Dr. Eduardo Valdivia Ponce y los doctores Ricardo Núñez y Martín García.

En la década de los 70 se apertura el servicio de psicología de la Gestante con la Psicóloga Julia Ambrosio con su alto nivel de profesionalismo dieron a conocer la importancia de la psicología y sus beneficios en la atención a la gestante. Actualmente está asignada al Servicio de Gineco oncología la Psicóloga Carmela Vera y en Obstetricia la Psicóloga Rosa Rodríguez Huambachano. Teniendo en consideración que toda paciente que pasa por un evento quirúrgico y que las gestantes pasan por cambios físicos (hormonales), psicológicos y que cuando presentan complicaciones médicas hacen a la mujer más vulnerable generando dificultades en su proceso de adaptación. Desde la perspectiva de la psicología y el estado emocional, es necesario intervenir sobre el control y modificación de tales síntomas reduciendo el riesgo de consecuencias adversas sobre la salud y bienestar de la mujer embarazada, fomentando una mejor calidad de vida en tan importante ciclo vital.

4.4.- INFRAESTRUCTURA

Actualmente cuenta con los Servicios: Enfermedades de la Gestación 5AI, Medicina Materno Fetal 5A II, Cuidados Críticos obstétricos 5B, Urgencias Obstétricas 5C. Una unidad de Vigilancia fetal y una unidad de Planificación Familiar y Psicoprofilaxis.(ver anexo N° 2)

4.5.- OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

Identificar el riesgo y/o determinar el daño psicológico en la paciente mediante la atención psicológica, evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, logrando su recuperación del daño identificado, desarrollando sus habilidades sociales a efecto de mejorar su calidad y estilo de vida.(base Legal: Ver anexo N°)

4.6.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar a las pacientes ingresadas

Priorizar la evaluación específica, solicitada por su médico tratante

Revisión de su historia clínica

Entrevistar al paciente o familiar

Aplicación de pruebas psicológicas según el caso.

Elaborar informe psicológico.

Informar al Equipo multidisciplinario sobre resultados de la Paciente.

De acuerdo a los resultados de las evaluaciones y estancia, aplicar técnicas psicoterapéuticas.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
ATENCIÓN PSICOLOGICA
- Atención Ambulatoria
- Atención Domiciliaria
- Atención en Hospitalización
PROCEDIMIENTOS EN PSICOLOGIA
- Procedimientos Diagnósticos
- Aplicación de Pruebas
PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS
- Terapia Psicológica Individual
- Terapia Psicológica Grupal
- Terapia Psicológica Grupal en Hospital de Día
- Terapia Psicológica de Pareja
- Terapia Familiar

. **PSICOLOGIA PREVENTIVO PROMOCIONAL**
- Consejería
- Psicoprofilaxis
- Visita Domiciliaria
ACTIVIDADES SANITARIAS EN PSICOLOGIA
- Educación Sanitaria
- Informe Psicológico.

Atención psicológica

Conjunto de actividades psicológicas que tienen por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente. Las cuales se realizan en atención ambulatoria, hospitalización y en Medicina Complementaria.

Procedimientos de psicología

Son los procedimientos que realiza el psicólogo en atención ambulatoria, hospitalización y Medicina Complementaria:

Procedimientos diagnósticos psicológicos

Acciones realizadas por el psicólogo que se utilizan para determinar daño, riesgo o perfil psicológico, aplicando para ello pruebas psicológicas y/o neuropsicológicas. Incluye Medicina complementaria.

Aplicación de pruebas

Actividad Psicológica que consiste en la aplicación de una prueba, batería psicológica y/o neuropsicológicas para diagnóstico de daño, riesgo, perfil u orientación.

Procedimientos terapéuticos psicológicos

Son actividades de recuperación, rehabilitación y/o curación realizadas por el psicólogo. Incluye terapia individual, terapia de pareja, terapia de familia, terapia grupal, terapia grupal en hospital de día y procedimientos terapéuticos y grupales de medicina complementaria.

Terapia Psicológica Individual

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

Terapia Psicológica de Familia

Es aquella que tiene como unidad de análisis, no al individuo sino a la familia y que concentra sus esfuerzos en modificar las interacciones entre sus miembros en la búsqueda de un funcionamiento sistémico más saludable.

Terapia Psicológica de Pareja

Es aquella que tiene como unidad de análisis no al individuo sino a la pareja y que concentra sus esfuerzos en modificar las interacciones de la pareja conyugal.

Terapia Psicológica Grupal

Procedimiento terapéuticos especializado por el psicólogo dirigido a un grupo de pacientes, para recuperar, rehabilitar, curar las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales afectadas.

Procedimientos preventivos promocionales

Acciones realizadas por el psicólogo para determinar riesgo en la población comprende consejería (individual o familiar).

Consejería

Actividad de prevención y promoción realizada por el profesional psicólogo a la persona o grupo de personas para potenciar y mejorar sus recursos y habilidades para resolver problemas, tomar decisiones y ayudar al crecimiento personal.

4.7.- ESTADÍSTICA INDIVIDUAL 2012-2013

TABLA N°4

Atención en Hospitalización - Obstetricia 2012

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
ATENCIÓN	V	90	95	79	15	95	67	69	73	81	65	75	804
EVALUACIÓN	A	15	36	39	45	30	16	10	2	5	15	10	223
TERAPIA INDV.	C	40	60	60	92	70	96	130	102	103	103	92	948
TERAPIA PAREJA	A					7						2	9
TERAPIA FAMILIAR	C	1	10	10			1	6	3	1	5	1	38
TERAPIA GRUPAL	I		1		4		1	1	2		3	1	13
CONSEJERIA	O	10	15								1	1	27
CALIFICACIÓN DE PRUEBAS	N	45	90	120	45		78	30	6	15	45	30	504
INFORME PSICOLOGICO	E	45	36	39	45	30	16	10	6	5	15	10	257
PSICOPROFILAXIS	6	6	6		6	6		6	6	6	6	6	54
TOTAL		252	349	347	252	238	275	262	200	216	258	228	2877

GRAFICO N° 6

Atención en Hospitalización - Obstetricia 2012

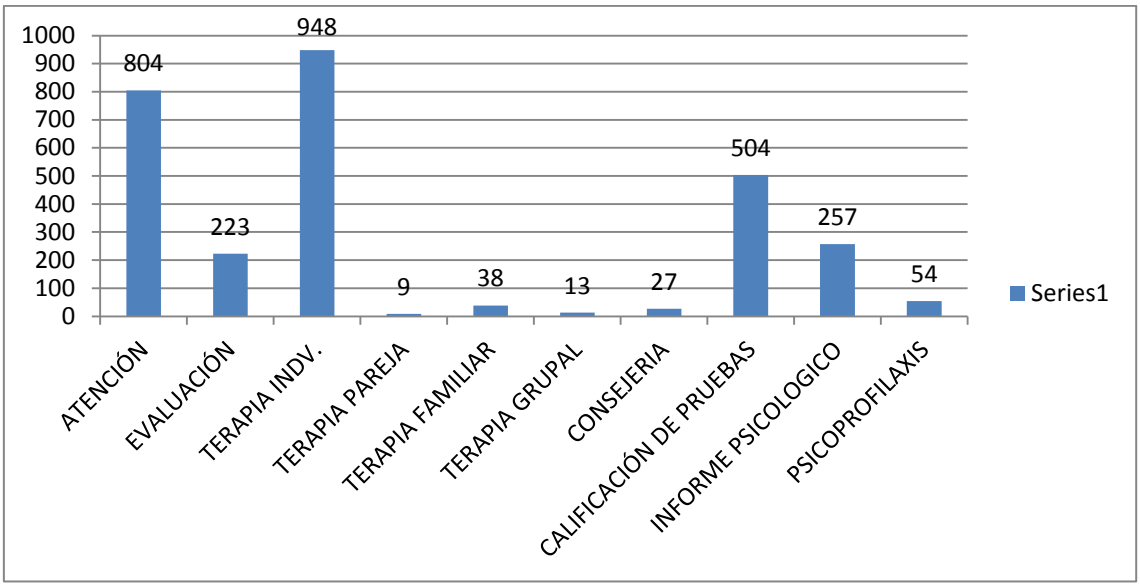


TABLA N° 5

Diagnósticos en Hospitalización - Obstetricia 2012

DIANÓSTICO FRECUENTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TRASTORNO DE ADAPTACIÓN		90	95	188	183	95	67	69	70	81	65	75	1078
DEPRESIÓN									2	5	5	1	13
ANSIEDAD									2	1		1	4
ESQUIZOFRENIA									1			1	2
TOTAL		90	95	188	183	95	67	69	75	87	70	78	1097

GRAFICO N°7

Diagnósticos en Hospitalización - Obstetricia 2012

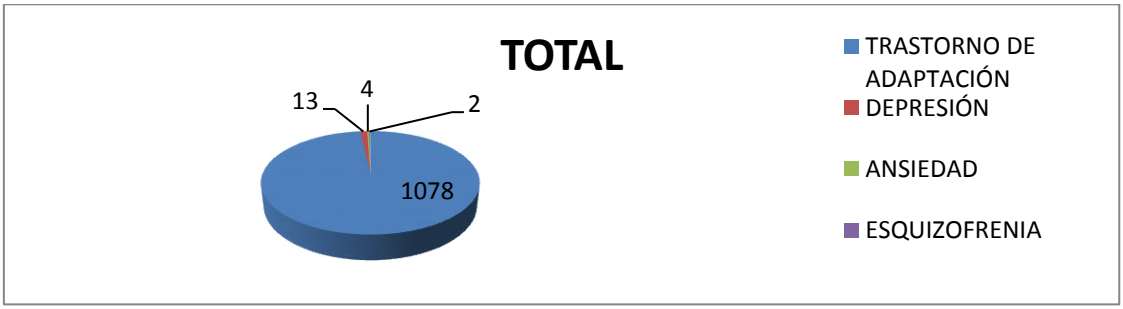


TABLA N° 6

Atención en Hospitalización - Obstetricia 2013

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
ATENCIÓN	43	67	62	72	86	57	80	76	57	33	V	80	713
EVALUACIÓN	22	14	12	20	15	14	16	15	7	10	A	15	160
TERAPIA INDV.	122	134	79	134	97	120	110	120	87	67	C	65	1135
TERAPIA PAREJA		1						1			A		2
TERAPIA FAMILIAR			3		1	6	1		1	26	C	4	42
TERAPIA GRUPAL	4		8	6	4		1	1	1		I	1	26
CONSEJERIA								1	4	5	O	1	11
CALIFICACIÓN DE PRUEBAS	66		36	60	45	42	48	45	21	30	N	45	438
INFORME PSICOLOGICO	22	14	12	20	15	14	16	15	7	10	E	15	160
PSICOPROFILAXIS	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	S	4	44
TOTAL	283	234	216	316	267	257	276	278	189	185		230	2731

GRAFICO N° 8
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN - Obstetricia 2013

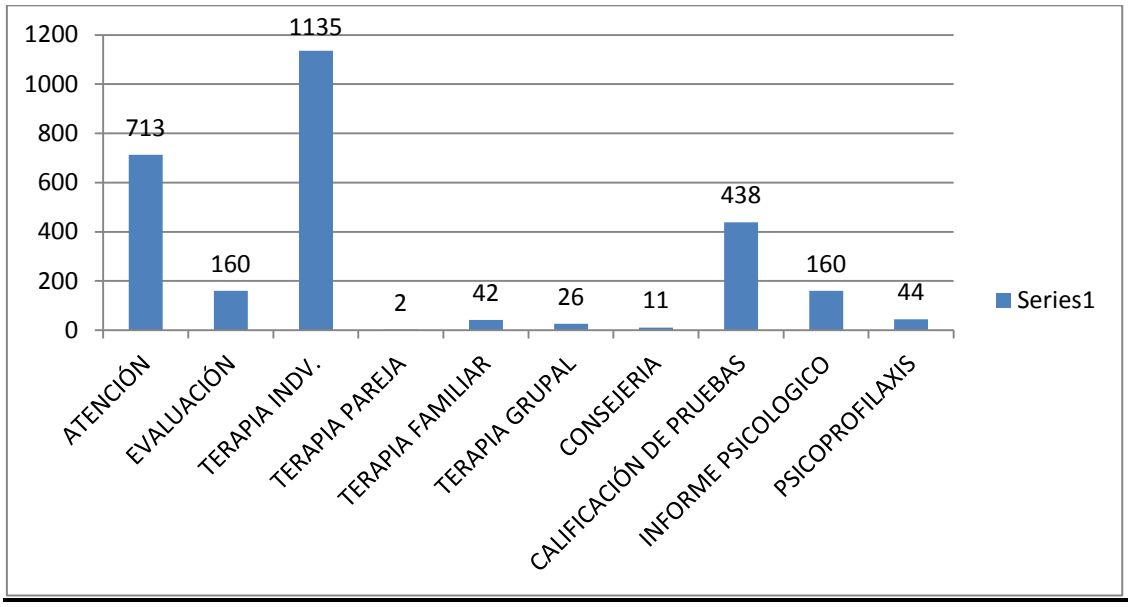
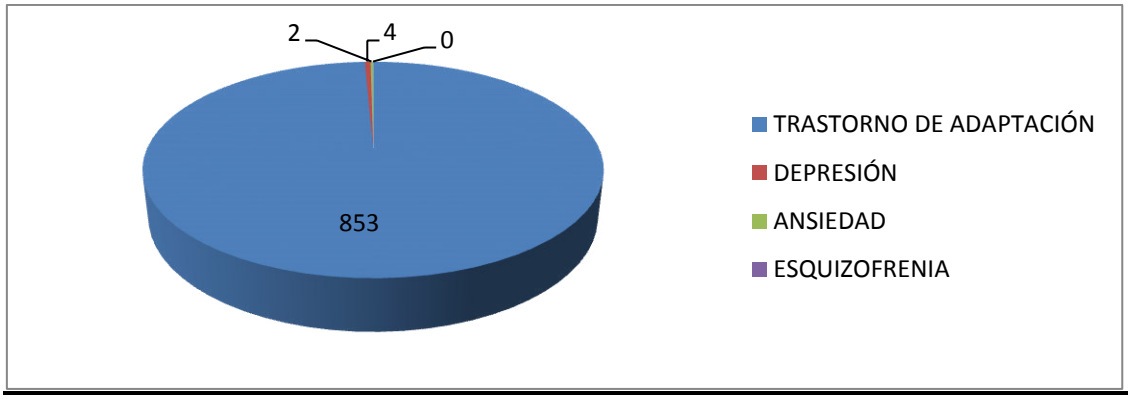


TABLA N°7
Diagnósticos EN HOSPITALIZACIÓN- Obstetricia 2013

DIANÓSTICO FRECUENTES													TOTAL
TRASTORNO DE ADAPTACIÓN	122	134	62	72	86	57	80	70	57	33		80	853
DEPRESIÓN								4					4
ANSIEDAD								2					2
ESQUIZOFRENIA													0
											TOTAL:		859

GRAFICO N° 9
Diagnósticos EN HOSPITALIZACIÓN- Obstetricia 2013



V.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

AREA AMBULATORIA

Definición: Es el conjunto de actividades psicológicas que se realizan ambulatoriamente en consulta externa, consulta personal, salud ocupacional, consulta de prevención /recuperación a pacientes que provienen por solicitud del médico. Directa, interconsulta o referencia. Tiene por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.

5.1.- OBJETIVOS

Identificar el riesgo o determinar el daño psicológico en el paciente.

Recuperar rehabilitar o curar el riesgo o daño identificado.

5.2.- ACTIVIDADES

- Se realiza una entrevista inicial directamente con el paciente referido por interconsultas para proceder a diferentes intervenciones como realizar el examen clínico psicológico, evaluaciones de personalidad, descarte de organicidad nivel inteligencia y/o psicoterapia.
- Una vez realizado la intervención con el paciente, será derivado nuevamente a su médico tratante.
- El paciente tiene derecho a una atención de cinco citas ambulatorias.

ACTIVIDAD PSICOTERAPEUTICA

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

- OBJETIVO

Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas.

Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

Desarrollo:

- Recepción al paciente y familiar según el caso.
- Revisar y verificar la pertinencia de la indicación Terapéutica.

- Revisar Historia Clínica.
- Informar al paciente o familiar sobre los objetivos y la forma de aplicación y seguimiento del Plan Terapéutico.
- Aplicar métodos y Técnicas terapéuticas multimodales.
- Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
- Evaluar el avance y reformular o continuar el Plan Terapéutico.
- Monitorear, evaluar y registrar en la Historia Clínica los logros del paciente.
- Elaborar el alta.
- Registrar atención en el parte diario.
- Flujograma de Atención (anexo N° 3)

TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL:

DEFINICIÓN: Procedimiento psicoterapéutico especializado realizado por el psicólogo dirigido a un grupo de pacientes para recuperar, rehabilitar curar las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales afectadas.

OBJETIVOS:

Restituir recuperar rehabilitar o curar a los pacientes afectados, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas.

Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

DESCRIPCIÓN:

Verifica la pertinencia de la indicación terapéutica, recepción del grupo al cual se le explica la metodología y tareas a desarrollar.

Se aplica los métodos y técnicas multimodales y se le asigna tareas a cumplir fuera de la consulta. Se avalúa los avances y se reformula o continua con el plan terapéutico. Se hacen uso de reforzadores.

Monitorea, evalúa y registra en la historia clínica los logros y corrección de errores individuales y de grupo. Se registra y también se procesan las altas e ingresos del grupo. Se registran las atenciones en el parte diario.

VI.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Las actividades que se desarrollan en el Servicio de Gineco-Obstetricia se describen a continuación:

ATENCIÓN PSICOLÓGICA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	Código: APSH
Definición: Conjunto de actividades y procedimientos psicológicos brindados al paciente en los servicios de hospitalización en áreas críticas y no críticas durante el internamiento. Tiene por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.	**Responsable:** **Psicólogo**
5.1.-Objetivos: Identificar el riesgo o determinar el daño psicológico en el paciente. Recuperar, rehabilitar o curar el riesgo o daño identificado.	**Requisitos:** Paciente hospitalizado Indicación Médica
Materiales: Historia Clínica, formatos de psicología, pruebas psicológicas de screening.	

N°	Descripción
1	Revisar y verificar la solicitud o derivación para la atención psicológica hospitalaria.
2	El Psicólogo puede acompañar la visita médica.
3	Revisar los antecedentes pertinentes en la historia clínica.
4	Entrevistar al paciente o al familiar responsable de ser el caso.
5	Elaborar la Anamnesis Psicológica.
6	Realizar el Examen Clínico-Psicológico.
7	Elaborar el Plan de Trabajo Psicológico de acuerdo al caso: Para diagnóstico: Pruebas Psicológicas. Para tratamiento: Procedimientos Terapéuticos, y/o para Soporte y Consejería Psicológica.
8	Elaborar informe o evolución en la Historia Clínica.
9	Coordinar con el equipo multidisciplinario sobre el manejo del paciente y/o avances alcanzados.
10	Entrevistar y brindar consejería a la familia o intervención terapéutica; si el caso lo amerita, para lograr su participación activa en el tratamiento integral del paciente.
11	Registrar atención en el parte diario.

(Ver anexo N° 1)

VII.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	**Código:**
APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS	**APPS**
Definición: Actividad Psicológica que consiste en la aplicación de una prueba batería psicológica y/o neuropsicológica para diagnóstico de daño, riesgo, perfil u orientación.	**Responsable:** Psicólogo
Objetivos: Determinar el riesgo o daño a través de un procedimiento diagnóstico. Identificar riesgo, determinar daño. Identificar potencialidades de la persona.	**Requisitos:** Cita de atención Documento de identidad Indicación del procedimiento diagnóstico
Materiales: Historia clínica, pruebas psicológicas, (protocolo de respuestas, manuales técnicos), salas de procedimientos, cronometro, útiles de escritorio.	

N°	**Descripción**
1	Revisar y verificar la indicación del requerimiento de aplicación de pruebas psicológicas.
2	Seleccionar la prueba según el caso y características del paciente y determinar el número de sesiones para la aplicación de la misma.
3	Aplicar la prueba (s) psicológicas (s) seleccionadas.
4	Registrar en la historia clínica las pruebas aplicadas y la conducta del paciente durante la aplicación.
5	Elaborar el informe Psicológico y anexarlo en la historia clínica.
6	Establecer del Plan de recuperación, rehabilitación o curación del paciente en los casos que corresponda y citar al paciente, la familia o tutor.
7	Registrar atención en el parte diario. (ver anexo N°)

(Ver anexo N° 2)

VIII.- PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES.

PSICOPROFILAXIS

Actividad que se brinda en los diferentes niveles de atención, dirigida a los usuarios (en grupo máximo de 15 personas) aplicando técnicas participativas y vivenciales a personas expuestas a un riesgo o quebrantamiento de la interacción personal.

OBJETIVOS

Prevenir el desequilibrio de las relaciones interpersonales o de la persona y su entorno social.

Fortalecer el comportamiento emocional, afectivo, cognitivo o conductual.

MATERIALES

Material educativo de difusión, equipo de sonido, rota folios, data show, plumones, pizarra, útiles de escritorio, sala de sesiones, colchonetas, sillas.

DESCRIPCIÓN

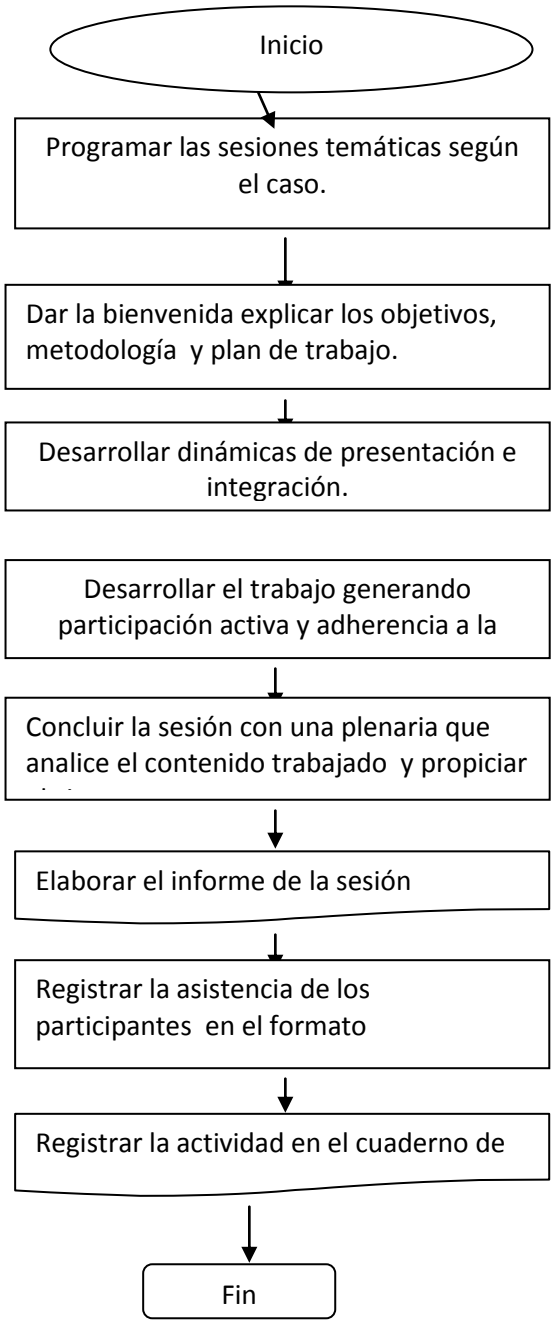
Programar sesiones temáticas según el caso, se da la bienvenida y se explica los objetivos la metodología y el plan de trabajo a los participantes.

Desarrollar dinámicas de presentación y de integración. Desarrollar el trabajo generando la participación activa y adherencia a la psicoprofilaxis.

Concluir la sesión con una plenaria que analice el contenido trabajado y propicie el cierre.

Se elabora el informe, se registra asistencia y la actividad.

FLUJOGRAMA DE PSICOPROFILAXIS



IX.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Batería de pruebas psicológicas que se usan en el Servicio de Obstetricia según el caso

- Test Gestáltico Viso motor de Bender para adultos.
- Test de Retención visual de Benton
- Test de la Figura Humana Karen Machover

- Test de Personalidad MMPI Abreviado
- Test Multiaxial de Millón
- Test de frases incompletas de Sacks
- Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) ZUNG
- Escala de Autoevaluación de Depresión de ZUNG

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR COCIENTE INTELECTUAL

Batería de Pruebas que se usan en el Servicio de Psicología según el área de trabajo

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS III)

Autor(es)	**:**	D. Wechsler, A. Kauffman
Forma de Aplicación	**:**	Individual
Duración	**:**	Variable, en torno a 02 horas
Edad de Aplicación	**:**	Adultos de 16 a 89 años
Objetivo	**:**	Medir la habilidad o nivel intelectual

Test de Matrices Progresivas de Raven

Autor(es)	**:**	J. C. Raven
Forma de Aplicación	**:**	Individual y Colectiva
Duración	**:**	40 a 90 min.
Edad de Aplicación	**:**	Adolescentes y Adultos
Objetivo	**:**	Medir la habilidad para hacer comparaciones, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR PERSONALIDAD

Inventario de Cociente emocional de Bar On (ICE de Bar On)

Autor	:	Reuven Bar-On
Administración	:	Individual o colectiva
Duración	:	Sin límite de tiempo (aproximadamente de 30 a 40 minutos)
Edad de aplicación	:	De 16 años a más

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

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

Autores : R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell, 1993.
Administración : Individual y Colectiva
Duración : Variable, entre 40 y 45 minutos
Edad de aplicación : Adolescentes y adultos
Significación : Apreciación de 16 rasgos de primer orden y 5 dimensiones globales de la personalidad.

Test de la Figura Humana

Autor : Karen Machover
Administración : Individual y colectiva
Duración : 15-20 minutos aproximadamente
Edad de aplicación : Adolescentes y adultos.
Significación : Evalúa profundamente la personalidad. Consiste en una prueba proyectiva que presenta el dibujo libre de una persona. Se manejan indicadores interpretados en su mayoría a través de la teoría psicodinámica.

Test de frases incompletas de Sacks:

Autor : Joseph M. Sacks
Administración : Individual y colectiva
Duración : 60 minutos aproximadamente
Edad de aplicación : De 12 años a más
Significación : Evalúa las características de personalidad y esencialmente las actitudes hacia los demás. Consta de 60 ítems de frases incompletas donde se escribirá lo que primero se le ocurra al sujeto. Está dividida en 4 áreas: la familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo.

Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger (CCGB)

Autor(es) : Gastón Berger
Forma de Aplicación : Individual y Colectivo
Duración : 20 min. Aprox.
Edad de Aplicación : Adolescentes y Adultos
Objetivo : Determinar los tipos de personalidad

Instrumentos utilizados para evaluar signos y síntomas clínico-psicopatológicos

Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI II):

Autor : Theodore Millón
Administración : Individual o colectiva
Duración : Aproximadamente entre 45 y 60 minutos
Edad de aplicación : Sujetos de 18 años a más
Significación : Evalúa síndrome clínicos leves, severos y patologías de personalidad en 22 escalas que componen el test en 175 ítems.

Instrumentos utilizados para evaluar trastornos psíquicos relacionados a factores orgánicos

Test Gestáltico Viso motor de Bender:

Autor : Lauretta Bender, Elizabeth Munsterberg
Administración : Individual
Duración : Sin tiempo límite
Edad de aplicación : Niños desde los 5 años, adolescentes y adultos
Significación : Mide el desarrollo intelectual de los niños, expresado a través de la reproducción de las nueve láminas y valorar la presencia de algún síndrome orgánico a partir de las características que se observan en la reproducción de los diseños.
Edad de aplicación : De 6 a 85 años, en pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos.

Significación : Evalúa las funciones de orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo.

Test de Retención Viso motor de Benton:

Autor : Arthur Benton
Administración : Individual
Duración : 5 minutos
Edad de aplicación : Jóvenes y adultos
Significación : La prueba evalúa lesión orgánica Cerebral interhemisférica, así como el grado de sensibilidad los sistemas comprometidos.

Mini-Mental State Examination (MMSE):

Autores : M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R.Mc Hugh.
Administración : Individual
Duración : Entre 5 y 10 minutos
Edad de aplicación : Jóvenes y Adultos
Significación : Proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar en los pacientes trastornos funcionales orgánicos.

Test del Reloj (TRO) (TRC)

Administración : Individual
Duración : No tiene límite
Edad de aplicación : A partir de los 50 años
Significación : Evalúa deterioro Cognitivo.

Instrumentos utilizados para evaluar aspectos socioemocionales:

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:

Autores : Brink y Yesavage
Administración : Individual y colectiva
Duración : 15 minutos aproximadamente

Edad de aplicación : A partir de los 60 años

Significación : Concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores.

Escala de Autoevaluación de Zung

Administración : Individual y colectiva

Duración : No tiene límite

Edad de aplicación : Jóvenes y adultos

Significación : Evalúa niveles de ansiedad y depresión.

PARTE II

ANAMNESIS (CASO CLÍNICO)

I.DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellido	: C. A. L.
Edad	: 32 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, el Agustino 17/07/1981
Estado Civil	: Soltera (sin hijos)
Grado de Instrucción	: Técnico
Ocupación	: Trabajo artesanal - Independiente
N° Hermanos	: 4 (2 por línea Paterna)
Lateralidad	: Diestra
Religión	: Testigo de Jehová
Informante	: Paciente.
Ps. Responsable	: Rosa Rodríguez H.
Fecha	: 11/03/2014

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente, es remitida por Interconsulta del piso 5to "A", a solicitud del Dr. Hugo Falcón el día 11/03/2014 a Psicología para atención, evaluación y tratamiento.

III. PROBLEMA ACTUAL

Al momento de la entrevista psicológica la paciente, no tiene conciencia del problema actual, se evidenció sentimientos de tristeza, ansiedad, refiere estar con mucho dolor, cansancio, estar irritable, sin ánimo para hacer las cosas, asociado a sentimientos de minusvalía e incapacidad para solucionar problemas de su casa.

Su carácter se altera con facilidad esta poco tolerante con sentimientos de minusvalía y pobre autoestima.

Refiere tener dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial) y dificultad para despertar por la mañana; así como preocupación en relación a que no sigue el tratamiento prescrito para la fibromialgia, diagnostico que fue dado cuando tenía 16 años generándole sentimientos de culpa" ahora estoy hospitalizada porque

me han operado de quistes al ovario" tengo miedo al levantarme y creo que ya no voy a poder trabajar como antes.

Manifiesta tener problemas de relaciones interpersonales, a pesar que mantiene una relación cordial con sus vecinos no llega a tener amigos ni a confiar en ellos

IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Refiere que a los seis años sufrió de un intento de violación por parte de un tío materno. También ha presenciado conflictos y violencia entre sus padres, se sentía impotente por no poder arreglar los problemas.

Desde los ocho años Carmela se ha dedicado a cuidar a sus hermanos menores, a hacerse cargo de las tareas del hogar.

Empezó a trabajar formalmente a los diez años hasta los veintiocho años en la empresa que formo su padre. A los dieciséis años le diagnosticaron Fibromialgia, ha tenido una fase aguda desde los diecinueve hasta los veinticinco años, tomando desinflamatorios.

Hace dos años sus padres se separaron, eso le ocasiono pérdidas económicas, pensaba mucho sobre las responsabilidades del hogar, el trabajo disminuyo considerablemente.

Cabe mencionar que durante la convivencia de los progenitores el padre llegó a tomar veneno para ratas (con deseos de morir) y la madre se cortó las venas (conflictos de pareja).

Menciona que su tío materno se suicidó, desconociendo las causas.

V. HISTORIA PERSONAL

Nació de parto normal, recibió lactancia materna hasta los cuatro años, logro control de esfínteres y desarrollo psicomotor dentro de los parámetros normales.

Ingresó al colegio a los siete años No se concentraba en las tareas, estaba pendiente de sus hermanos, ha estado en 5 colegios y culmina el proceso de escolarización a los 18 años, con pobre desempeño académico. Padres tenían una precaria economía, sin embargo, con lo que gana asume varios gastos que no puede costear en el momento teniendo que recurrir a créditos, suele pagarlos

a tiempo pero le genera mucha preocupación. Muestra interés por el hogar y los hermanos. Es ella quien se encarga de satisfacer las necesidades de los miembros del hogar.

Desde que nació vive en el mismo lugar. Ha realizado un viaje por motivos de trabajo. A los 16 años le diagnostican Fibromialgia recibiendo tratamiento que luego ella lo sigue en forma irregular por que las pastillas le ocasionaban gastritis. Ha tenido una operación por quistes al ovario derecho.

Sus relaciones interpersonales son escasas, tiene preocupación por la opinión que puedan tener de ella por su pobre desempeño académico.

Con la pérdida de la empresa y con el abandono del padre Carmela refiere que no sabe qué hacer si seguir en ese rubro o buscar trabajo y está preocupada por el futuro de su familia.

5.1. DESARROLLO INICIAL

Nació de parto normal, recibió lactancia materna hasta los cuatro años, logro control de esfínteres y desarrollo psicomotor dentro de los parámetros normales (No tiene mayores referencias de su desarrollo porque sus padres nunca le conversaron).

Refiere que canalizaba sus temores, frustraciones comiéndose las uñas (hasta la actualidad) se jalaba los cabellos. Hacia pataletas para que mamá le tome atención pero ella era indiferente.

5.2. EDUCACIÓN

Ingreso al colegio a los siete años, recuerda haber llevado su biberón al colegio y lo tomaba sin que nadie la viera.

No se concentraba en las tareas, estaba pendiente de sus hermanos, ella era responsable de llevarlos al colegio y por esta razón llegaba tarde, no la dejaban entrar y regresaba al colegio de su hermana para quedarse como auxiliar al cuidado a su hermanita. Manifiesta: “Nadie me enseñaba yo lo hacía sola, mi papá nunca fue al colegio, yo hacia la labor de mamá, y me sentía bien haciéndolo”.

Ha estado en 5 colegios y culmina el proceso de escolarización a los 18 años, con pobre desempeño académico. En su época escolar, no tenía amigas se apartaba del grupo, se sentía más segura sola. Nunca ha tenido amiga íntima.

Estudio una carrera técnica en arreglo de flores (16 años), esta es la actividad que realiza en la actualidad.

5.3. OCUPACIÓN O TRABAJO.-

Paciente refiere que empezó a trabajar a los ocho años en labores de jardinería y vendiendo papa rellena desde su casa, también acompañaba a su papá en los trabajos de jardinería, ya a los diez años su papá formo una empresa donde ella trabajo hasta los veintiocho años donde pierde el vínculo laboral de la empresa por separación de los padres.

El dinero que ganaba lo utilizaba para los gastos de la casa.

Tanto Carmela como su mamá dependían del trabajo de la familia, este era a tiempo completo y ella ahora se siente quebrada económicamente. Tiene trabajos esporádicos los que le generan una economía precaria sin embargo, con lo que gana asume varios gastos que no puede costear en el momento teniendo que recurrir a créditos, suele pagarlos a tiempo pero le genera mucha preocupación.

5.4. HÁBITOS E INTERESES

El poco tiempo que tiene de ocio lo dedica a ver televisión y a dormir.

Es ella quien se encarga de satisfacer las necesidades de alimentación de los miembros del hogar, ayudar con la tarea a su sobrina, realiza la limpieza del hogar, cumplir con sus propios deberes (lavar su ropa p.ej.) y por lo general si está libre se queda en casa, no le gusta salir, prefiere dormir, no tiene amigos

Mantiene relaciones cordiales con las personas como vecinos, sin embargo, no se reúne con sus pares.

Tiene dificultad para desarrollar amistades profundas y duraderas.

5.5 CAMBIO DE RESIDENCIA

Refiere que desde que nació vive en el mismo lugar y que no ha tenido cambio de domicilio.

Cuando tuvo que salir de su casa, fue por motivo de trabajo, se fue a Piura permaneciendo allí más o menos tres o cuatro meses y luego retorno a su casa.

5.6. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

A los 16 años le diagnostican Fibromialgia recibiendo tratamiento que luego ella lo sigue en forma irregular.

Es ingresada al hospital por presenta quistes al ovario, siendo motivo de su internamiento.

5.7. PERSONALIDAD

Paciente refiere ser poco sociable, tiende a aislarse.

Siente que ella no es digna de confianza por lo que es muy tímida y susceptible a la crítica; desde pequeña ha sido siempre muy desconfiada.

Es muy ansiosa porque no se siente segura en hacer bien lo que se le encomienda. Piensa que no puede competir con otras personas porque su desarrollo académico ha sido limitado.

5.8. DESARROLLO PSICOSEXUAL.

Su menarquía fue a los diecisiete años, refiere no haber recibido información acerca del tema por parte de sus padres.

Durante su evolución menstrual tuvo problemas por las que acudió al médico.

Refiere la paciente que tuvo un intento de violación a los 6 años de edad, siendo agredida por un tío materno, situación que le comunica a los padres y ellos la llevaron al médico y se descarta desfloración quedando en tocamientos indebidos por parte de éste.

Los padres nunca denunciaron ni reclamaron lo sucedido ante la persona comprometida, sintiendo Carmela que no se le hizo justicia. , “eso me produjo mucha cólera, nunca se los perdoné”.

En cuanto a relaciones sentimentales, tuvo un enamorado al cual conoció cuando viajo a provincia por motivos de trabajo, cuando empezó a tener confianza en él se enteró que estaba casado y que tenía hijos, sin embargo continuo la relación y cuando vino a Lima fueron a un hotel, hubo besos y tocamientos pero no se concretó la relación sexual “desde ahí me culpaba por haber traicionado mis principios, ésta situación le conté a mis padres, quienes no comentaron nada.

A partir de ese momento empezó a experimentar dolores de cabeza, sentimientos de cólera, problemas de sueño, de apetito.

Expresa sentimientos contrarios de culpa y desvaloración de sí mismo por haber tenido una relación sentimental con un hombre casado.

No tiene actividad sexual porque “es pecado tener relaciones sexuales antes de casarse”.

5.9. SUEÑOS

Su sueño es irregular sufre de insomnio, pérdida de la capacidad para conciliar el sueño.

No tiene pesadillas.

VI. HISTORIA FAMILIAR.-

Paciente proviene de una familia mono parental (mamá y 2 hermanos) vive en el distrito del Agustino, el departamento no es muy amplio, sin embargo se siente cómoda, ella comparte la habitación con la hermana y sobrina.

Padres separados cuando la paciente tenía 28 año, al respecto refiere” eso a mí me marcó mucho, me sentía decepcionada, traicionada por mi padre e inclusive lo llegué a seguir, le olía la ropa y hablé con su amante, le llegué a suplicar que no nos abandone, en mi casa , hubo mucha violencia, mis padres se agredían física y verbalmente casi a diario, mamá nunca cocinaba, yo tenía que cocinar para mis hermanos, cuando no lo hacía nos mandaban al comedor popular a recoger la comida”.

Añade “la separación me perjudico laboralmente yo trabajaba con mi padre, cuando se separaron el negocio quebró y yo comencé a sentirme también quebrada, se cerraron muchas puertas para mi futuro o yo las quise cerrar.

Baje notablemente de peso por pérdida de apetito, me sentía ansiosa y disminuyó el gusto por lo que hacía. Estaba acostumbrada a manejar mi dinero, me gustaba comprar cosas para la casa no compraba para mí sino para mis hermanos, siempre he pensado en ellos, yo no importaba, no soy indispensable. Me refugie en un enamorado que había tenido hacia años pero las cosas no funcionaron como yo quería”.

Padre de 52 años, con grado de instrucción técnica, de ocupación electricista, es independiente y se dedica a la decoración; tiene 5 hijos, dos fuera del matrimonio, siendo la paciente la primera de ellos.

Su relación es distante desde que recuerda su falta de presencia, las reacciones violentas y la incapacidad para confrontar las exigencias de su madre afectaron su relación.

Madre de 52 años, con grado de instrucción 3ro de secundaria, de ocupación ama de casa, ha estado en tratamiento psiquiátrico por depresión a raíz de la separación, tiende a mantener una distancia afectiva con la paciente, critica con frecuencia todo escudándose en las reglas familiares, poco social y de poca escucha, a veces violenta.

Tiene afinidad y preferencia por la hermana, sin embargo depende de Carmela económicamente así como para enfrentar las responsabilidades del hogar.

Hermanos: Francis de 28 años, con instrucción secundaria, trabaja en taxi carga, es divorciado también se separó de su segundo compromiso, tiene 2 hijos de diferentes compromisos, uno de ellos se encuentra en Argentina y el otro vive con su mamá. Actualmente tiene un nuevo compromiso. Carmela lo percibe como irresponsable. Relación conflictiva y distante.

Jennifer de 27 años, es discapacitada tiene hipoacusia bilateral, se casó y a los cuatro meses se separó de su esposo, actualmente aunque no conviven se ven durante la semana y a veces se queda a dormir en casa de él, tiene una hija de 2 años. Refiere tener buena relación con la hermana.

Sobrina Jenny de 2 años al igual que con sus hermanos, se sentía responsable de ella.

Actualmente mantiene una relación afectuosa con ella.

VII. EXAMEN CLINICO PSICOLOGICO

-DESCRIPCIÓN FÍSICA

Paciente de 32 años de tez trigueña, la forma de su rostro es ovalada muestra palidez, tiene frente amplia, de cabellos negros finos, corto y limpio de cejas poco pobladas, ojos redondos color negro, boca pequeña nariz perfilada, las uñas cortas y limpias, contextura adelgazada, talla baja, por encontrarse en el post operatorio, sus movimientos son lentos refiere temor a sentir dolor. Colabora con la entrevista sus gestos demuestran tensión, su lenguaje es de tono bajo, con nivel intelectual clínicamente promedio y va de acuerdo a su grado de instrucción

su estado de ánimo es depresivo, refiere estar preocupada por el proceso de su enfermedad.

- NIVEL DE CONCIENCIA

Paciente consciente, está orientada en tiempo espacio y persona. Con capacidad de responder adecuadamente a los estímulos que se le presentan.

Muestra parcial conciencia de enfermedad actual.

Se aprecia disminución en cuanto a su dinámica y desarrollo de sus actividades con falta de interés.

- ACTITUD FRENTE A LA EVALUACION

Paciente que inicialmente se muestra resistente desconfiada, frente a la intervención especializada "siempre será lo mismo, no hay solución para lo que yo siento, porque es real". Se establece un buen rapport y se logra su colaboración durante la intervención. Denotando seriedad y responsabilidad durante su desarrollo.

- MOTRICIDAD PRAXIAS Y LATERALIDAD

Paciente diestra, es hipo activa, refiere mucho dolor y que no puede caminar, sus movimientos son lentos debido a la intervención quirúrgica y la Fibromialgia.

- ATENCION Y CONCENTRACION

Atención y concentración dispersa debido a interferencias de índole afectivo emocional.

- PROCESOS PERCEPTUALES

Adecuado proceso no usa lentes, su trabajo requiere de destreza manual ya que se dedica a hacer arreglos florales.

Niega alucinaciones auditivas y visuales.

- PENSAMIENTOS

Coherente, integrado por pensamientos irracionales, de curso lento. Niega pensamientos delusivos de daño.

- LENGUAJE

Poco fluido, de tono bajo, sin embargo logra comunicarse adecuadamente.

- FUNCIONES COGNITIVAS

Impresiona con una Capacidad Intelectual Promedio, procesa adecuadamente, tiene capacidad en la solución de problemas sin embargo

ella no se percibe con estas fortalezas, denotando claramente la desvaloración de sí misma.

Su capacidad amnésica se encuentra conservada.

- AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ANIMO PREDOMINANTE

En la paciente se aprecia que a pesar que persisten sentimientos de tristeza culpa y temores relacionados a la insatisfacción en el ámbito familiar, también hay sentimientos de desesperanza, preocupaciones, aislamiento social, temor a confiar en una relación.

Existen conflictos relacionados a aspectos de la vida familiar y personal (como el sexo, la separación de sus padres, dependencia a la figura paterna y materna etc.), atribuyendo actualmente los sentimientos de tristeza a la insatisfacción con su calidad de vida, además de ansiedad asociado a la separación de sus padres.

Siente temor cuando piensa que tiene que hacerse cargo de su propia vida. La paciente refiere que además de las dificultades que hay en casa, y al percibir a la madre pasiva y al padre agresivo, ante la constante insatisfacción, distanciamiento y deseo por independizarse, hay falta de acción la cual está relacionada a la dificultad para poner límites, el pensar más en la madre, en los hermanos que en sí misma o la percepción de sí misma como inútil porque no puede tomar una decisión firme de independencia. Pese a asumir la responsabilidad de su familia se considera con pocos recursos.

Carmela señala que procura no pensar mucho en el futuro sino "en el día a día", en primer lugar está esperando que se soluciones las diferencias que han tenido sus padres, no acepta que Papá está comprometido con otra persona.

Se percibe como una persona que ha faltado a las reglas y normas morales por haber estado con un hombre casado.

En el aspecto interpersonal es poco sociable por lo que utiliza como mecanismo de defensa el involucrarse con otras personas.

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellido	: C. A. L.
Edad	: 32 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Lima, el Agustino 17/07/1981
Estado Civil	: Soltera (sin hijos)
Grado de Instrucción	: Técnico
Ocupación	: Trabajo artesanal - Independiente
N° Hermanos	: 4 (2 por línea Paterna)
Lateralidad	: Diestra
Religión	: Testigo de Jehová
Diagnóstico Médico	: Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F: 41.2)
Informante	: Paciente.
Ps. Responsable	: Rosa Rodríguez Huambachano.
Fecha	: 11/03/2014

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente, es remitida por Interconsulta del piso 5to “A”, a solicitud del Dr. Hugo Falcón el día 11/03/2014 a Psicología para atención, evaluación y tratamiento.

III. PROBLEMA ACTUAL

Al momento de la entrevista psicológica la paciente, no tiene conciencia del problema actual, se evidenció sentimientos de tristeza, ansiedad, refiere estar con mucho dolor, cansancio, estar irritable, sin ánimo para hacer las cosas, asociado a sentimientos de minusvalía e incapacidad para solucionar problemas de su casa.

Su carácter se altera con facilidad esta poco tolerante con sentimientos de minusvalía y pobre autoestima.

Refiere tener dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial) y dificultad para despertar por la mañana; así como preocupación en relación a que no sigue el tratamiento prescrito para la fibromialgia, diagnostico que fue dado cuando tenía 16 años generándole sentimientos de culpa" ahora estoy hospitalizada porque me han operado de quistes al ovario" tengo miedo al levantarme y creo que ya no voy a poder trabajar como antes.

Manifiesta tener problemas de relaciones interpersonales, a pesar que mantiene una relación cordial con sus vecinos no llega a tener amigos ni a confiar en ellos.

IV. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

Paciente, de 32 años de edad, aparenta menos edad que la declarada, se le ubica en su ambiente, se muestra colaboradora con la entrevista, viste ropa de hospital con adecuado alineo en arreglo y aseo personal, establece contacto visual, orientada en tiempo espacio y persona.

Expresa sus conflictos e ideas de manera clara, precisa y adaptada, empleando un lenguaje claro de curso pausado, sus respuestas por lo general fueron amplias y en ocasiones, emotivas. Su capacidad de retención de estímulos a corto y largo plazo se encuentra conservada. (Da una adecuada información sobre eventos familiares y personales). Pobre sentido común, pensamiento coherente, continúo y concreto, está integrado por ideas de culpabilidad y mucho temor a tener complicaciones médicas, Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas habiendo interferencia de tipo emocional disminuyendo así su capacidad de atención y concentración lo que le ocasiona altos niveles de tensión y visión catastrófica de su futuro.

V. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Refiere que a los seis años sufrió de un intento de violación por parte de un tío materno .Historia de conflictos y violencia entre sus progenitores, desde los

ocho años Carmela se ha dedicado a cuidar a sus hermanos menores, a hacerse cargo de las tareas del hogar.

Empezó a trabajar formalmente a los diez años hasta los veintiocho años en la empresa que formo su padre. A los dieciséis años le diagnosticaron Fibromialgia, ha tenido una fase aguda desde los diecinueve hasta los veinticinco años, tomando desinflamatorios.

Hace dos años sus padres se separaron, eso le ocasiono pérdidas económicas, pensaba mucho sobre las responsabilidades del hogar, el trabajo disminuyo considerablemente.

Cabe mencionar que durante la convivencia de los progenitores el padre llegó a tomar veneno para ratas (con deseos de morir) y la madre se cortó las venas (conflictos de pareja).

Menciona que su tío materno se suicidó, desconociendo las causas.

VI. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

-Entrevista y observación
-Historia Clínica
-Inventario Clínico Multiaxial de Millón –II 8MCMMI-II)
-Inventario de cociente emocional de Báron
-Escala de Autovaloración de Ansiedad (Zung)
- Escala de autovaloración de Depresión de (Zung)

VII. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Área Cognitiva: Sus procesos sensoriales y perceptivos impresionan normalidad, Impresiona una capacidad intelectual normal promedio, no evidencia alteración viso perceptual compatible con lesión orgánica cerebral.

Manifiesta estar preocupada por la separación de sus padres, pensamiento de que las cosas van a estar muy mal tanto en el negocio como en el hogar. Lenguaje poco fluido, adecuada articulación de las palabras, se entiende claramente lo que expresa, su tono de voz es bajo y pausado. Su capacidad de retención de estímulos a corto y largo plazo se encuentra conservada. Con pobre sentido común. Pensamiento su curso es normal procesa adecuadamente

sus ideas. Menciona que tiene ideas negativas acerca de su futuro, ideas fijas de que no podrá salir adelante sin su padre lo cual le genera ansiedad y malestar. También hay ideas de desvalorización y minusvalía.

Área Afectiva:

La Paciente presenta indicadores significativos en lo que respecta a patrones de dependencia, se sobre vincula emocionalmente mostrando un comportamientos sumiso con personas significativas de quien espera protección, busca satisfacer las necesidades de los demás muy por encima de las demandas propias, manifiesta temores y culpas evidenciando altos niveles de ansiedad de manera que se presenta como respuesta habitual ante situaciones o eventos que puede interpretar como amenazantes. Se aprecian también sentimientos de tristeza, sin motivación para la realización de sus proyectos, sentimientos de desvalorización de sí misma. Marcado aislamiento social evita actividades que involucren intimidad emocional con otras personas evitando experiencias placenteras, no se siente merecedora de ayuda, sus reacciones son más centradas en depresión, culpa, no realiza tareas para su logros personales a pesar de tener condiciones para ello. También indicadores correspondientes a un estado de depresión moderada, refiriendo sentimientos de tristeza, culpa incapacidad para disfrutar, preocupación excesiva por el abandono de papá.

Área socio-Familiar:

Historia con antecedentes de estilo de padres agresivo (padre) y negligente (Madre) quienes le encargaron desde pequeña los cuidados de sus hermanos menores, así como las responsabilidades de la casa. Tiene mayor cercanía con la figura paterna esto se debe a los años de trabajo juntos, percibe a la madre dependiente manteniendo una distancia afectiva con su madre. Hay dificultades con el Hermano porque lo percibe como irresponsable y poco comprometido con sus hijos, con la hermana hay un estrecho afecto ya que ella se ha encargado desde pequeña de su hermana, tenía especiales cuidados porque Jennifer es discapacitada tiene hipoacusia bilateral. La paciente evidencia dificultades para establecer relaciones interpersonales significativas debido a ello no cuenta con un adecuado soporte familiar y social.

VIII. CONCLUSIONES:

- Impresiona capacidad intelectual promedio, hay frustración intelectual sus ideas son rígidas.
- Pensamientos de valoración negativa de sí misma y de su realidad.
- Se trata de una persona con rasgos dependientes, evitativa, autoderrotista
- Se trata de una persona portadora de un cuadro depresivo.
- Denota una baja valía de sí misma, lo que se evidencia mediante el concepto de no ser merecedora de reconocimiento destacando así sus falencias y no sus fortalezas.
- No tiene decisiones personales sin el apoyo de otras personas.
- Hay ausencia de relaciones interpersonales intimas y de mutua confianza (Inconscientemente se cuida de no involucrase emocionalmente).

IX. DIAGNÓSTICO:

CIE 10: Episodio depresivo moderado (f: 32.1)

X. RECOMENDACIONES:

Siendo el motivo del ingreso al 5to piso (intervención quirúrgica de quistes al ovario) y tiempo de atención que la paciente permanece (3 ó 5 días) no es posible hacer un abordaje integral que requiere la paciente, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la intervención clínica y los resultados psicométricos en donde la paciente denota tener una percepción negativa de sí mismo, y del mundo que le rodea.

La paciente amerita tener un tratamiento psicoterapéutico especializado en donde se trabajara los procesos de sus pensamientos que le generan emociones no saludables cuyas consecuencias son negativas.

Así mismo se trabajará el reconocimiento de su autovaloración, el reconocimiento de ser una persona falible sin que se sienta culpable por ello y reconocer que es poseedora de fortalezas**.**

PARTE III

PLAN DE TRATAMIENTO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellidos	:	C. A. L.
Edad	:	32 años
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Lima, el Agustino 17/07/1981
Estado Civil	:	Soltera (sin hijos)
Grado de Instrucción	:	Técnico (decoración con Plantas)
Ocupación	:	Trabajo artesanal - Independiente
N° Hermanos	:	4 (2 por línea Paterna)
Lateralidad	:	Diestra
Domicilio	:	El agustino (vive con mamá y hermana una Sobrina)
Religión	:	Testigo de Jehová
Informante	:	Paciente.
Psi. Responsable	:	Rosa Rodríguez H.
Fecha	:	11/03/2014

II. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

Paciente de 32 años aparenta menos edad que la declarad de tez trigueña, la forma de su rostro es ovalada muestra palidez, tiene frente amplia, de cabellos negros finos, corto y limpio de cejas poco pobladas, ojos redondos color negro, boca pequeña nariz perfilada, las uñas cortas y limpias, contextura adelgazada, talla baja, por encontrarse en el post operatorio, sus movimientos son lentos refiere temor a sentir dolor. Colabora con la entrevista sus gestos demuestran tensión, empleando un lenguaje claro de curso pausado sus respuestas por lo general fueron amplias y en ocasiones, emotivas. Su capacidad de retención de estímulos a corto y largo plazo se encuentra conservada (da una adecuada información sobre eventos familiares y personales) pobre sentido común pensamiento coherente , continuo y concreto, está integrado por ideas de culpabilidad y mucho temor a tener complicaciones médicas, sus funciones cognitivas se encuentran conservadas habiendo interferencia de tipo emocional disminuyendo así su capacidad de atención y concentración lo que le ocasiona

altos niveles de tensión y visión catastrófica del futuro. Es de tono bajo, con nivel intelectual clínicamente promedio y va de acuerdo a su grado de instrucción su estado de ánimo es depresivo, refiere estar preocupada por el proceso de su enfermedad.

III. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente, por Interconsulta del piso 5to "A", a solicitud del Dr. Hugo Falcón el día 11/03/2014 para atención, evaluación y tratamiento psicológico.

IV. PROBLEMA ACTUAL

Paciente hospitalizada en el 5to piso del servicio de Obstetricia para ser intervenida quirúrgicamente por quiste al ovario derecho.

La paciente refiere sentirse triste, con ansiedad, cansancio, estar irritable, sin ánimo para hacer las cosas, asociado a sentimientos de incapacidad para solucionar sus problemas; así como sentimientos de abandono, problemas de sueño

Su carácter se altera con facilidad esta poco tolerante con sentimientos de minusvalía y pobre autoestima.

Refiere tener dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial) y dificultad para despertar por la mañana; así como preocupación en relación a que no sigue el tratamiento prescrito para la fibromialgia, diagnostico que fue dado cuando tenía 16 años generándole sentimientos de culpa" ahora estoy hospitalizada porque me han operado de quistes al ovario" tengo miedo al levantarme y creo que ya no voy a poder trabajar como antes.

Manifiesta tener conflictos con sus progenitores papá agresivo y mamá negligente, hace dos años se han separado eso le ha ocasionado pérdidas económicas es debido a que trabajaba en la en la empresa de su padre lo que le genera una visión negativa de su futuro. También ella se encargaba del cuidado de sus hermanos, de las responsabilidades del hogar, empezó a trabajar a los 8 años, también refiere tener problemas de relaciones interpersonales, a pesar que mantiene una relación cordial con sus vecinos no llega a tener amigos ni a confiar en ellos.

Manifiesta que a los 6 años fue víctima de violación situación que le genera culpa y cólera porque no supieron protegerla sus padres.

V. DIAGNÓSTICO

Considerando los antecedentes, la problemática y los síntomas de la paciente, como irritabilidad, cansancio sin hacer un trabajo pesado, susceptibilidad, sin entusiasmo, suspicaz, atenta para reaccionar frente al estímulo del ambiente, hay pérdida de interés, de la capacidad de disfrutar, dolor constante de cabeza, déficit de la atención, irritabilidad, falta de la habilidad en su interacción social, pensamientos recurrentes negativos.

Se trata de una paciente con Diagnóstico de Episodio depresivo moderado. CIE 10 de. F32.1

FIBROMIALGIA

Clasificación de los códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de Salud. Provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud Tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares. La CIE10 es publicada por la Organización Mundial es usada mundialmente.

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años

Clasificación de la Fibromialgia CIE10: 71.l

La **fibromialgia** es un término acuñado en 1976 (fibra, fibra, que se refiere al tejido del griego mío musculo y algia dolor). Es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculo esquelético, generalizado exagerada hipersensibilidad en puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. Habitualmente se relaciona con una gran variedad de síntomas,

entre los que destacan la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansiosos depresivos.

La fibromialgia está considerada como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud desde 1992 y si la definición nosológica consideración en el ámbito médico no ha estado exenta de controversia, los resultados de las investigaciones indican con bastante consenso que su origen es neurológico y que el dolor resultaría de desequilibrios neuroquímicos a nivel del Sistema Nervioso Central.

Afecta a las mujeres 10 veces más que los hombres

Se observa mayoritariamente entre los 20 y los 50 años de edad, aunque existen casos de niños y ancianos aquejados de esta enfermedad. Entre 10 y 20% de los ingresos a clínicas especializadas en reumatología reciben el diagnóstico de fibromialgia, sin embargo se estima que alrededor del 90% de quienes deberían enmarcarse en un cuadro de fibromialgia permanecen sin diagnóstico, ya sea por desconocimiento del personal sanitario acerca de la misma o porque muchos profesionales de éstos no la reconocen como enfermedad.

Sistema nervioso central

Dolor a nivel de la Medula Espinal, está modificada a largo plazo en los pacientes con fibromialgia, de tal forma, que un estímulo doloroso repetido o un estímulo normalmente no doloroso se percibe con mayor dolor al compararlo con personas sin este trastorno, manteniéndose esta condición durante la vida Hay numerosa evidencia acerca de que la génesis de la fibromialgia está fuertemente relacionada con la sensibilización central. Todos los pacientes con fibromialgia tienen una respuesta exagerada al dolor producido por compresión digital. Se ha demostrado hiperalgesia También se ha probado la respuesta al calor, al frío, a la electricidad, mediante pruebas sensoriales a pacientes con fibromialgia son hipersensibles al calor, al frío, a la electricidad cutánea, a la electricidad intramuscular, al estímulo eléctrico , a la isquemia, y a la solución hipertónica salina intramuscular. Incluso más, se ha documentado frente al calor moderado, al frío y a la presión.

Sistema neuroendocrino

Trastornos del sueño

Los pacientes que padecen fibromialgia demuestran alteraciones en la continuidad, la arquitectura y la estructura del sueño (sueño fragmentado, disminución de las fases profundas del sueño.

Factores genéticos

Algunas hipótesis apuntan hacia una predisposición genética, pues la fibromialgia es 8 veces más frecuente entre miembros de la misma familia.

Factores psiquiátricos

La ansiedad y depresión producidas por alteraciones emocionales (separación matrimonial, problemas con los hijos, pérdida de empleo, fracaso profesional, etc.) y la tristeza que se producen como reacción al malestar continuado que provoca la enfermedad también podrían ser factores desencadenantes de este problema de salud. En un 62% de los pacientes en un estudio con diagnóstico de fibromialgia demostraron tener trastornos psíquicos relevantes que requerían tratamiento profesional

Estrés



Muy probablemente, la relación entre estrés y fibromialgia sea mucho menos lineal de lo que indican algunos autores o quede limitada a un subgrupo concreto de pacientes que aún no se logra identificar.

Un número de investigaciones han demostrado que el estrés es un importante factor predisponente en el desarrollo de la fibromialgia.



Síntomas de la fibromialgia.

Dolor

El principal elemento caracterizador de la fibromialgia es el dolor musculo esquelético difuso y generalizado o rigidez prominente que afecta al menos 3 localizaciones anatómicas por más de 3 meses, sin lo cual no se puede realizar el diagnóstico del trastorno. El dolor suele ser intenso y en muchas ocasiones difícil de describir, y en general, empeora con el ejercicio físico intenso frio y el estrés emocional

Trastornos psíquicos

Frecuentes episodios depresivos en algunas ocasiones acompañado con crisis de ansiedad.

Cansancio y fatiga

La fatiga en grado extremo está presente en todas las actividades que realizan las personas con fibromialgia, por lo que sus tareas cotidianas se ven inevitablemente dificultadas. Dependiendo de la gravedad y de la variación del grado, este cansancio puede ser desde soportable hasta una discapacidad casi infranqueable que limita sus tareas tanto en el ámbito familiar como en el profesional.

Tratamiento

Aunque todavía no existe una cura universalmente aceptada para la fibromialgia, hay tratamientos que han demostrado durante ensayos clínicos controlados ser eficaces en la reducción de los síntomas como la educación del paciente, el ejercicio, las Terapias Conductuales y se está incluyendo últimamente también las Terapias Gestálticas y el consumo de ciertos fármacos como los antidepresivos tricíclicos, tales como la amitriptilina la doxepina, se han usado extensamente para el tratamiento de la fibromialgia, y han demostrado tener resultados beneficiosos en la calidad del sueño, el bienestar general y en el nivel del dolor.

VI. RECOMENDACIONES

- Seguir una psicoterapia especializada, en este caso se sugiere la Terapia Cognitiva Conductual para trabajar pensamientos irracionales, así como otras técnicas bajo este esquema.
- Trabajar habilidades sociales.
- Terapia de Relajación y respiración para autocontrol emocional.

ÁREAS A INTERVENIR

El tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976). Los modelos cognitivos ponen atención en las cogniciones entendiendo por estas a las ideas, los constructos personales, las creencias las expectativas. El significado que se le dé a lo que sucedió, es decir cada uno mira la realidad desde su propia óptica.

El objetivo es explorar las relaciones entre diferentes tipos de creencias irracionales (aprobación, perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración) centrándonos en Técnicas de tipo cognitiva Conductual para afrontar los desajustes psicológicos provocados por los pensamientos irracionales, la falta de habilidades sociales y los niveles de ansiedad y depresión.

Esta terapia es estructurada pone énfasis en la modificación cognitiva de esquemas proceso y productos relacionados con los pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas.

La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza principalmente por ser un tratamiento:

Activo: ya que terapeuta y paciente cumplen ambos roles activos en la terapia.

Directivo: el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones en dicho tratamiento.

Estructurado: existen ciertos pasos a seguir para la realización del mismo.

Con tiempos limitados: se planifica el trabajo terapéutico acotando el mismo a cierto período de tiempo.

La psicoterapia aplicada a la paciente tiene una duración de un mes, una vez a la semana, durante dos horas.

Se aplicó:

-Técnicas cognitivas

-Manejo de Registros

-Terapia de Psicorelajación

-Técnica de respiración

De acuerdo a lo analizado se intervendrá con: Terapia Cognitivo Conductual Para tratar las ideas irracionales de desvalorización, dependencia, depresión y los conflictos familiares.

Se desarrollaron las áreas:

a) Área afectivo – emocional.

b) Área familiar

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, son alteraciones de muy diversos tipos. Los Episodios depresivos se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo deprimido, acompañado de una pérdida del interés o placer ´por casi todas las actividades habituales, se evidencia porque el paciente se siente triste melancólico, desesperanzado, apático e irritable, justo a ello se suele apreciar síntomas de pérdida del apetito aumento o pérdida de peso insomnio, enlentecimiento psicomotor, sensación de síntomas como pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, sentimiento de culpa y disminución de la capacidad de concentración. Ideas de que la vida no tiene sentido y deseos de morir. Suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social,

laboral y doméstica. Estos sintomas deben estar presentes al menos dos semanas.

TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN

Este modelo considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen, estos esquemas suelen adquirirse en la infancia pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando la persona se encuentra en situaciones estresantes y pueden ser similares a aquellas en que se formaron, estos esquemas llegan a ser predominantes (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos, es por eso que la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ella la ve.

Para Beck el contenido de los esquemas depresogenos, está constituido por la triada cognitiva = VISIÓN NEGATIVA DE SI MISMO

Carmela refiere yo no importo autoderrotista permite que todos abusen de ella. DEL MUNDO = Nada va a cambiar, no voy a poder salir adelante "me siento quebrada" Y DEL FUTURO todo ha salido mal, ya no voy a poder formar otra empresa. Como podemos apreciar Carmela tiene sintomas depresivos reactivos a conflictos familiares y una historia de intento de violación, ha tenido una niñez triste y matizada de violencia por parte de sus padres, no ha recibido ninguna expresión de afecto de sus padres, quienes la dejaron bajo la responsabilidad del hogar a muy corta edad, el encargarse de sus hermanos y asumir las responsabilidades del hogar le genero cierto poder. Señala que los demás la definían como una persona luchadora muy responsable de sus hermanos fuerte y muy confiable.

También hay actuación cotidiana asociado a pensamientos irracionales como:

- Sobregeneralización
- Pensamiento Dicotómico
- Personalización
- Pensamiento catastrófico.

Objetivos:

Objetivo General del Tratamiento:

- Eliminar los síntomas depresivos ayudándole a modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas negativas contraproducentes.
- Una vez superado los sintomas depresivos se tratan los esquemas básicos que le predisponen a la depresión para potencializar sus fortalezas y evitar las recaídas.
- Reconocimiento de los sentimientos depresivos y las reacciones somáticas en la paciente.
- Reconocer la relación entre sus pensamientos, sentimientos y conductas de esta forma llega a ser su propio terapeuta.
- Detectar y discutir aquellas creencias irracionales relacionadas al sexo.

VII. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

El modelo Cognitivo conductual se caracteriza por tener dos fases:

Parte Psicoeducativa y Desarrollo de Técnicas cognitivas.

TAREAS: Son experimentos para comprobar hipótesis y Autorregistro de actividades y pensamientos.

Se explica a la paciente las razones por las que conviene llevarla a cabo donde ella acepta el compromiso de realizar los ejercicios correspondientes.

Se acordó que por las condiciones de su hospitalización que es corta la Intervención psicoterapéutica está limitada por lo que se le plantea a la paciente hacer un tratamiento en forma ambulatoria, hasta que pueda ingresar a una psicoterapia más extensa (hospital de Día).

Se aplicaron técnicas cognitivas:

- Lectura Psicoeducativa
- Técnicas de autocontrol emocional
- -Técnica del ABC
- -Autoestima
- Instrumentos:

Se realizó el tratamiento en 4 sesiones una vez por semana por dos horas, durante un mes y medio.

EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE SUS PROBLEMAS:

		x	
Levemente Perturbador	Moderadamente Grave	Muy perturbador Grave	Sumamente Incapacitante

REGISTRO DEL ESTADO DE ANIMO

Nombre: Carmela……Edad…32 años……Fecha 29/03/2014…….

El promedio de mi estado de ánimo ha sido:

1……x……2……..3……..4……..5

Bajo Medio Alto

Sesión 1. Establecer rapport. Se explica el modelo cognitivo que se va desarrollar Presentación de los componentes, de la finalidad de la terapia las áreas de intervención y de las normas a seguir. Revisión de referidos a:

Área: Cognitiva

Objetivo: Revisión y desarrollo de marcos conceptuales referidos a ansiedad y depresión

Proceso: (Lectura Psicoeducativa) Ansiedad como respuesta normal y como se ha experimentado en las últimas semanas. También se dará una información sobre Depresión como estado y trastorno afectivo. Revisión de sintomas experimentados en las últimas semanas.

Técnica de Autocontrol emocional (Psicorrelajación Jacobson)

Tarea:

Hoja de Registro (anexo)

Sesión 2. Explica a la paciente sobre un auto-registro conductual - cognitivo. Para identificar la triple relación de contingencias.

Área: Cognitiva

Objetivo: Identificar los pensamientos automáticos relacionados con las ideas de desvalorización con el fin de modificarlos paulatinamente.

Estrategia: Autorregistro

Proceso: Completar el cuadro "Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta": Cada vez que se suscite una emoción negativa, la paciente procederá a registrar la situación que la desencadeno en la segunda columna del cuadro. En la siguiente columna se registrará el pensamiento que pasa en esos momentos por su cabeza valorándolo en un grado de creencia de 0 a 100; más adelante anotará la reacción física y la emoción que acompañan al pensamiento (valorando la intensidad de 0 a 100), el comportamiento que ejecutó en ese momento y la duración del mismo; finalmente se anotarán las consecuencias y cómo podemos controlarlos para evitar los síntomas.

Sesión 3. Abordar situaciones de malestar específicas relacionadas a su desvalorización, e identificar las ideas ilógicas de su auto concepto. Además poner en práctica lo aprendido (triple relación de contingencia)

Área Cognitiva:

Objetivo: Identificar los pensamientos automáticos relacionados con las ideas de desvalorización con el fin de modificarlos paulatinamente.

Estrategia: Autorregistro

Proceso: Identificar conductas herradas y realizar la terapia racional-emotiva ante creencias irracionales asociadas al malestar que la aqueja: desvalorización, minusvalía y los sentimientos de culpa que posee la paciente.

Área: Cognitiva

Objetivo: Reconocimiento de ideas centrales que generan ideas de desvalorización, minusvalía.

Estrategia. Fecha desencadenantes

Procesos: La paciente anotará los pensamientos automáticos negativos incluyendo el grado de creencia (de 0 a 100) y la intensidad de la emoción asociada en la misma escala (0 a 100). Más adelante se resuelven las preguntas "¿Qué significa para mí? y ¿Por qué es importante para mí?", se responden todas las preguntas hasta llegar a la idea central, así mismo se reconocen las creencias intermedias (suposiciones valoraciones y reglas). En el recuadro "Idea central o nuclear", se anota la misma y finalmente se guiará para dar respuesta al apartado

de “Datos históricos” para evaluar los posibles orígenes de la idea central de la historia de su vida.

Sesión 4. Relacionar su situación actual con los sucesos de su historia personal pasada**.**
Área Cognitiva.
Estrategia: Mapa cognitivo.
Proceso: Se rellenan los cuadros referidos a las situaciones problemáticas que hasta el momento el paciente ha identificado; así mismo los pensamientos automáticos, emociones y conductas relacionadas con la situación, se identifican creencias intermedias, ideas centrales, se analizan los refuerzos y castigos a corto y largo plazo devenidos de las situaciones. Así mismo se completa el cuadro en el que se anota la Historia de aprendizaje, se descubre cómo se dio lugar la infancia, a adolescencia, las situaciones relevantes, el tipo de educación recibida, la relación con la familia, se incluyen los incidentes críticos o elementos desencadenantes del problema) Finalmente se coloca la hipótesis explicativa del problema, el objetivo final consiste en comprender la razón por la que se mantiene el problema para así poder buscar una solución.

Sesión 5. Entrenar a la paciente en la toma de decisiones y elaborar un plan de acción acorde a su nueva toma de decisión, con respecto a su familia y cómo enfrentar. Dejar como tarea acciones de auto-instrucciones.

Sesión 6. Realizar crítica racional-emotiva ante creencias irracionales relacionadas las relaciones sexuales.

Sesión 7. Realizar crítica racional-emotiva ante creencias irracionales relacionadas la situación de abuso. Reestructuración cognitiva de ser necesario.

Sesión 8. Ejercicios de auto-evaluación y auto-refuerzo. Entrenamiento para enfrentar situaciones de conflicto familiar mediante exposición en imágenes.

Sesión 9. Abordar situaciones de malestar específicas relacionadas a la depresión mediante exposición en vivo bajo el modelo A-B-C de la TRE. Discutir de ser necesario.

Sesión 10. Revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en la sesiones de TRE y Terapia Cognitiva Conductual. Emplear reforzamiento cognitivo.

VIII. CONCUSIONES

Paciente que fue atendida por interconsulta en el piso 5to A, y teniendo en consideración que las interconsultas deben ser resueltas en el más breve plazo, hecho que debe guardar relación con la necesidad del paciente y el requerimiento formulado por su médico tratante. Estas interconsultas son resueltas en el servicio donde está internado, su ejecución no debe incluir cita de consulta externa a fin de no restar cupos al paciente ambulatorio.

Se interviene con evaluación y diagnostico CIE 10 F32-1. Se le sugiere al paciente para que acuda a la Sala de Psicoterapia para una evaluación y tratamiento después de su internamiento (4 días) lo cual el paciente acepta y es así como se realiza la evaluación y tratamiento. Es atendida con terapia cognitivo conductual por presentar un trastorno depresivo. Durante el proceso de cuatro sesiones de duración de la terapia la paciente en mención ha participado de manera comprometida, responsable en todas las actividades tanto en las sesiones terapéuticas como en el desarrollo de registros asignados para trabajar en su domicilio.

Los resultados del proceso psicoterapéutico se reflejan en:

- El cambio significativo durante las semanas de tratamiento, a nivel cognitivo (discriminar pensamientos irracionales y racionales)
- Emocionalmente algo más estable insistía en su referencia estaba motivada para hacer sus terapias (mejoramiento de los niveles de ansiedad y depresión).
- Mayor tolerancia a la frustración.
- Valoración de fortalezas
- Reconocimiento de las emociones toxica.

Paciente refiere que ingreso a Hospital de día con diagnóstico de depresión. En Hospital de día su abordaje es Gestáltico.

RECOMENDACIONES

Continuar con tratamiento especializado.

CRONOGRAMA

ÁREAS		S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	Objetivo cumplido
ÁREA EMOCIONAL	Técnica de Autocontrol emocional: Relajación muscular Progresiva de Jacobson.	X	X	X			X
ÁREA INTELECTUAL	-Revisión y desarrollo de marcos conceptuales referidos a ansiedad y depresión. Proceso: Lectura Psicoeducativa: Depresión como estado y como trastorno afectivo.	X					X
	Aplicar Autor registro conductual: Para identificar la triple relación De contingencia. Identificar los pensamientos automáticos relacionados con la idea de revalorización y modificarlos		X				X
	-Usar el reforzamiento en una situación real. Conocer la situación amenazadora con todas sus características y conocer la conducta que se quiere llevar a cabo es decir la Aproximación		X				X
	Identificar los pensamientos automáticos relacionados con las ideas de desvalorización con el fin de modificarlos paulatinamente		X	X			X
ÁREA FAMILIAR	-Estimular la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas como afecto, halago, aprecio y aprobación.		X				X
	-Corregir cuando se encuentre presente la exageración de las consecuencias del temor asociado a su ambiente familiar.			X			X
ÁREA SOCIAL	-Conocer la situación amenazadora con todas sus características y conocer la conducta que se quiere llevar a cabo es decir la aproximación			X			X
	-Reforzar las situaciones agradables para el sujeto			X			X
	-Usar el reforzamiento en una situación real.						
SEGUIMIENTO	Ajustes necesarios para el mantenimiento de la conducta	X	X	X			X

CARMELA INGRESÓ A HOSPITAL DE DÍA. CON DIAGNOSTICO F32.1

REFERENCIAS

Maganto, C., Maganto J. (2010) *Como potencias las emociones positivas y afrontar las negativas*. Madrid. Ediciones Pirámide.

Datos Estadísticos de la Oficina del Servicio de Psicología 2012 - 2013

ESSALUD (2011) *Memoria anual 2010* Recuperado 10 Julio 2014 de: http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria2010.pdf

Gloria Julia Nazco Casariego: Directora General de Programas Asistenciales Página del Servicio Canario de la salud (relación de Centros de Salud). www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs

Siso, Antonino (2009). Recuperado 31 Julio 2014 *«Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura». Reumatol Clin (España: Elsevier)* 5 (2):pp. 55-62.doi:10.1016/j.reuma.2008.07.001

ANEXOS

BASE LEGAL: DIRECTIVA 009 GCPS-ESSALUD-2010 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA EsSALUD.

Que la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N°012-PE-ESSALUD-2007 De fecha 10 de Mayo del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización de Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud normado en su Artículo Primero. Que la mencionada Gerencia es el Órgano de línea de la Gerencia General Rectora y normativa encargada de planificar, organizar, conducir y controlar las prestaciones de Salud de la Institución.

1. **Objetivo:**

   Brindar una herramienta que estandarice el trabajo que realizan los profesionales de Psicología en los Centros Asistenciales de ESSALUD a nivel nacional.

2. **Finalidad:**

   Describir la secuencia de pasos necesaria para asegurar la correcta ejecución de las actividades de tipo administrativo o técnico que realizan los profesionales Psicólogos de los CAS de ESSALUD, para incrementar los niveles de calidad de las prestaciones que brindan a los asegurados.

3. **Alcance**

   La presente directiva es de cumplimiento estricto y obligatorio en todos los Centros Asistenciales de ESSALUD a nivel Nacional donde se brinde Prestaciones de Psicología.

4.-Base Legal:

4.1. Ley General de Salud N° 26842

4.2. Ley N°27056 Ley de la Creación de la Seguridad Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99TR

4.3. Ley N° 26790 Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud. Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°009.97-Sa; D.S.N°001-98-Sa; Ampliatorias y Complementarias.

4.4. Ley N° 28369, Ley del Trabajo Psicológico

4.5. D.S. 007-2007-SA Reglamento de la Ley del Trabajo Psicológico.

4.6. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2007 de fecha 10 de enero de 2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

4.7. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2007 de fecha 20 de Mayo de 2008, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, modificado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 316-PE-ESSALUD-2008 de fecha 27 de Junio de 2008 y Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 374-PE-ESSALUD-2008 de fecha 27 de Agosto de 2009.

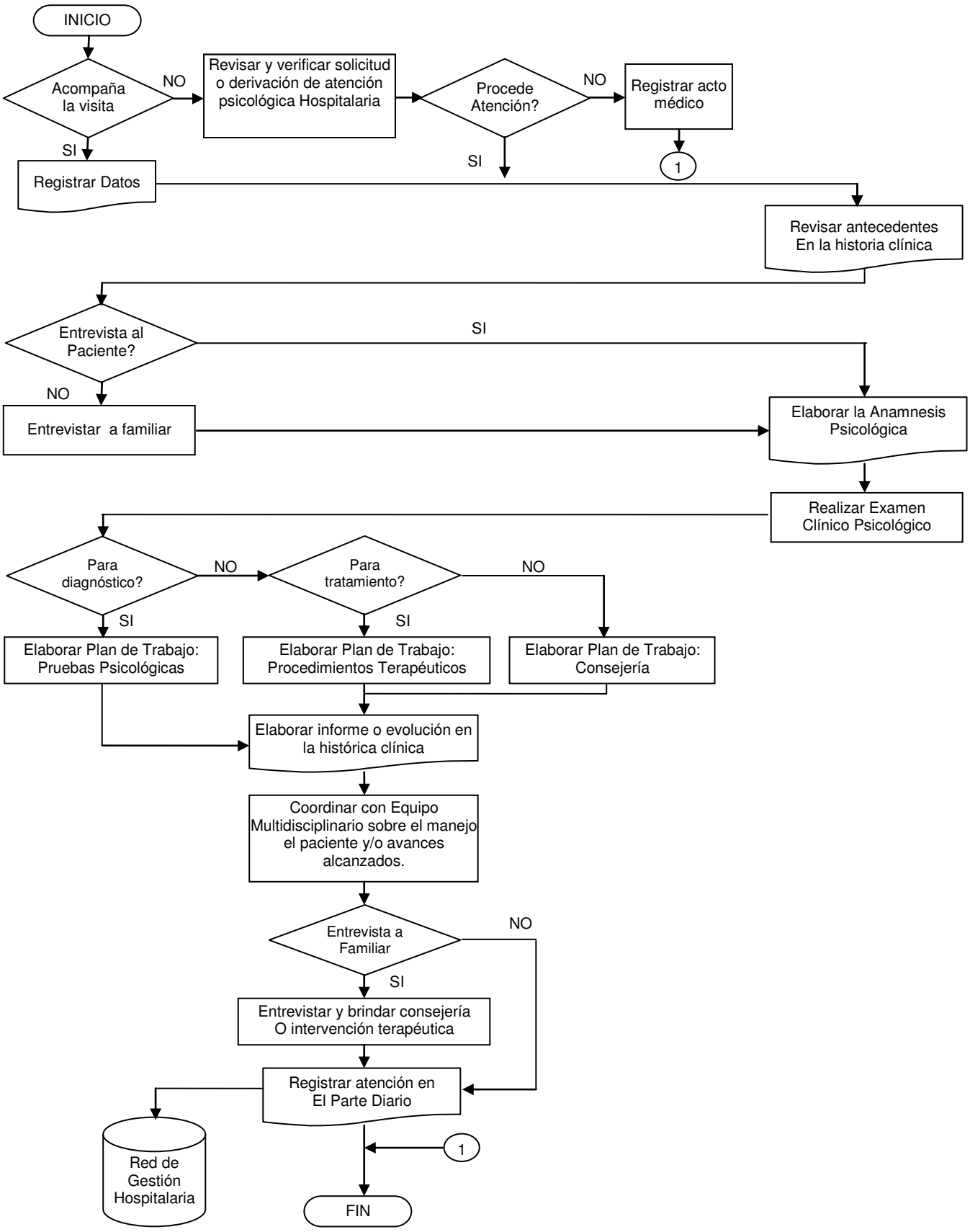
4.8. Directiva N° 1455-GG-EsSalud-2007 "Norma marco para la Formulación, aprobación y actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en EsSalud.

4.9. Resolución de GG.N°732-GG-EsSalud-2008 que aprueba la Directiva N°014-GG-EsSalud-2008 "Noema para la formulación de un Manual de Procedimientos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)"

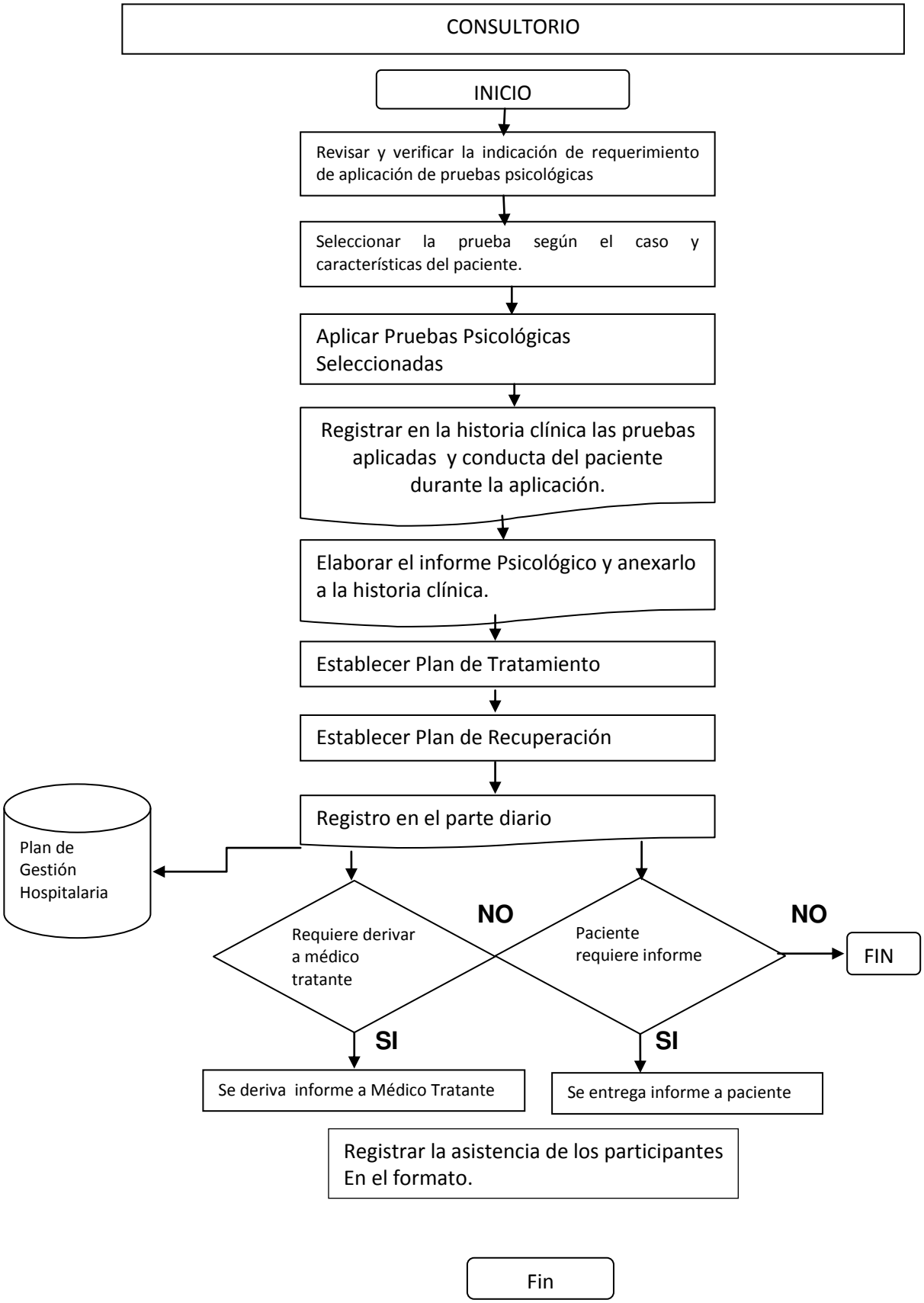
4.10. Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2008, "Norma para la formulación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)"

4.11. Resolución N° 855-GG-ESSALUD-2009, que aprueba el texto Unificado de la Norma de Programación. Directiva N° 002-GG-EsSalud-2009.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN



FLUJOGRAMA DE APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

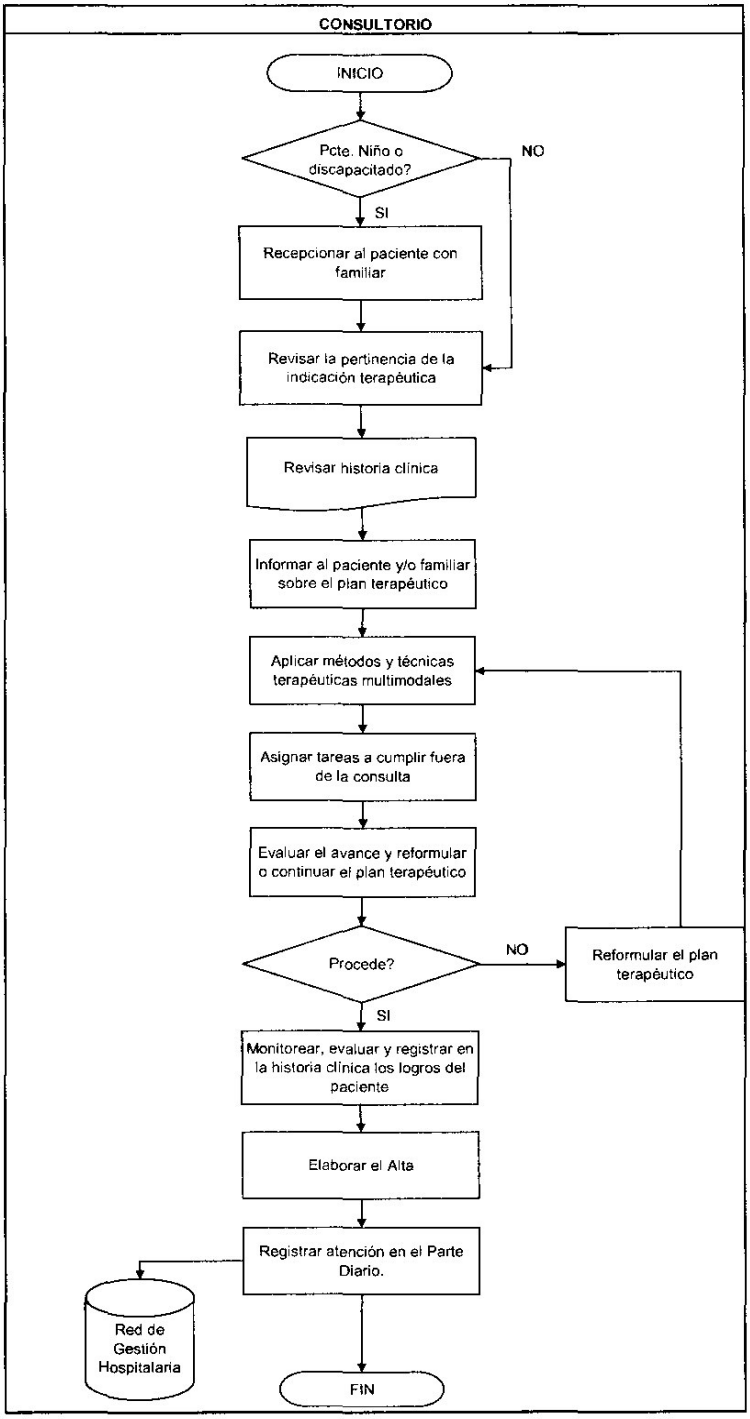


8.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	Código: TPSI
TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL	
Definición: Procedimiento terapéutico realizado por el psicólogo al paciente para recuperar, rehabilitar, curar las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales afectadas. Este tipo de terapia es multimodal. Incluye Terapia de Aprendizaje, Terapia de Lenguaje y Terapia del Desarrollo Psicomotor.	**Responsable:** Psicólogo
Objetivos: • Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas. • Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.	**Requisitos:** • Cita de atención • Documento de Identidad • Indicación del Procedimiento Terapéutico
Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.	

Nº	Descripción
1	Recepcionar al paciente y familiar en caso de niños o personas con discapacidad.
2	Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
3	Revisar historia clínica
4	Informar al paciente y/o familiar sobre los objetivos y la forma de aplicación y seguimiento del plan terapéutico.
5	Aplicar métodos y técnicas terapéuticas multimodales.
6	Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
7	Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico.
8	Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros del paciente.
9	Elaborar el alta.
10	Registrar atención en el Parte Diario

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGIA - PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
FLUJOGRAMA DE TERAPIA PSICOLOGICA INDIVIDUAL

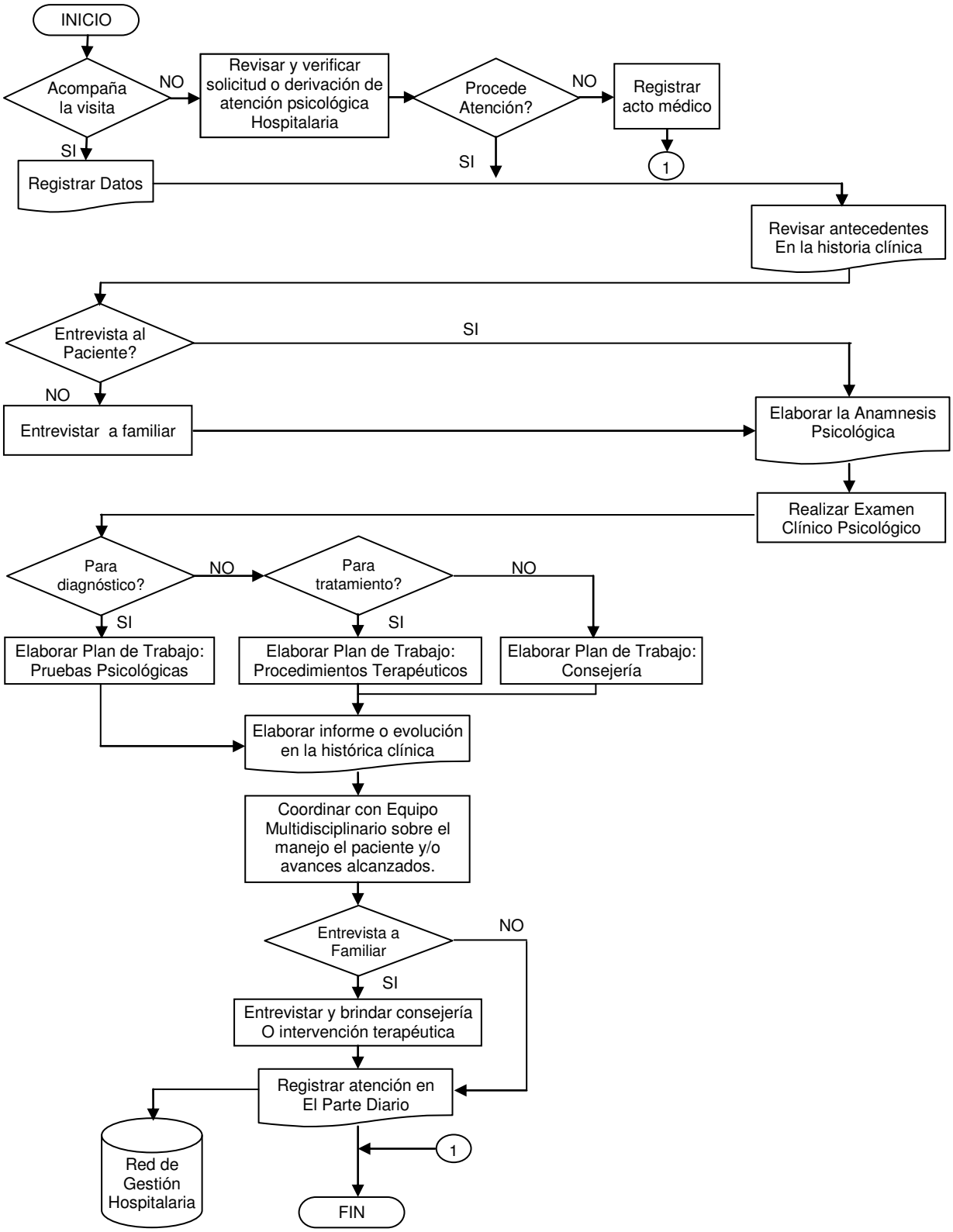


8.7 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	Código: TPSG
TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL	
Definición: Procedimiento terapéutico especializado realizado por el Psicólogo dirigido a un grupo de pacientes, para recuperar, rehabilitar, curar las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales afectadas. El número de participantes es de 8 a 15 pacientes.	**Responsable:** Psicólogo
Objetivos: • Restituir, recuperar, rehabilitar o curar a los pacientes afectados, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas. • Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.	**Requisitos:** • Cita de atención • Documento de Identidad • Indicación del Procedimiento Terapéutico
Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.	

Nº	Descripción
1	Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
2	Preparar ambiente terapéutico.
3	Recepcionar al grupo de pacientes.
4	Explicar metodología de trabajo.
5	Brindar indicaciones sobre la tarea a desarrollar.
6	Aplicar métodos y técnicas terapéuticas multimodales.
7	Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
8	Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico. Hacer uso de reforzadores.
9	Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros y corrección de errores individuales y de grupo.
10	Registro de la Terapia Grupal
11	Procesar las altas e ingresos al grupo.
12	Registrar la atención en el Parte Diario

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN



- Pruebas Psicológicas

Con respecto a los instrumentos de evaluación ellos fueron tomados en la sala de hospitalizados, estos test fueron administrados, el método de lápiz y papel y la calificación fueron manual y a través de medios digitalizados.

Instrumentos empleados durante la labor profesional, son los siguientes:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millón –II 8MCMMI-II)

Instrumento más utilizado en la evaluación de personalidad en personas adultas, el cuestionario está fundamentado en la teoría que el propio autor desarrolla de la personalidad y tiene la ventaja que los diagnósticos que proporciona se ajustan a las clasificaciones del DSM - IV. (Esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo –sádica, compulsivo, pasivo –agresiva y autodestructiva) 3 de personalidad patológica (esquizotipica, borderline, paranoide) seis escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada 8 ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas) y por último, tres escalas de síndromes clínicos de gravedad sebera (pensamiento psicótico, depresión mayo trastorno delirante).

-Inventario de cociente emocional de Báron

Es un inventario de procedencia de Toronto Canadá adaptada por la Peruana Nelly Ugarriza, de administración tanto individual como colectiva, con un tiempo de 30 a 40 minutos, esta prueba ofrece una indicación general de la capacidad emocional del examinado, implica cuán exitosa es la persona para manejar las exigencias del entorno y presenta una imagen de su bienestar emocional actual. Por lo general los puntajes de escala altos alcanzados en el I-CE indican que las habilidades emocionales que están siendo medidas son fuertes, bien desarrolladas y que funcionan de manera eficiente, los puntajes bajos sugieren deficiencia y la necesidad de mejorar las competencias y habilidades particulares para enfrentar las exigencias del entorno.

-Test de la Figura Humana de Karen Machover

El test de la figura humana de K. Machover o "Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana", es un test gráfico en el que se le pide al sujeto que dibuje una figura humana completa. Concretamente se le dice: *"Dibuje una persona".* Luego, si dibuja un hombre, se le pide que dibuje una

mujer, y viceversa. El objetivo es el de analizar especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto, imagen corporal, impulsos ansiedades, conflictos y compensaciones característicos de la propia persona. Y del medioambiente en que se desenvuelve.

-Escala de Autoevaluación de Depresión Zung. William Zung.

La Escala de Depresión de Zung, es un cuestionario autoaplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Valores de puntuación	
<= 28	Ausencia de depresión
entre 28 y 41	Depresión leve
entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

-Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung EAD

Fue diseñada por Zung en 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas, ser corta y simple y estar disponible en dos formatos. Las 2 escalas constan de los mismos 20 ítems, pero adaptados a la forma de administración de cada una. 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad.

Pruebas Psicológicas

RESULTADOS EAD

Nombre	***Carmela***
Edad	**32**
Fecha de Ev.	**11/03/2014**
Instrucción	**Técnica**
Evaluado por	**Ps. Rosa Rodriguez**
Derivado a	

PUNTAJE TOTAL	INDICE EAD	DIAGNOSTICO EAD
65	**81**	Presenta Depresión Ambulatoria

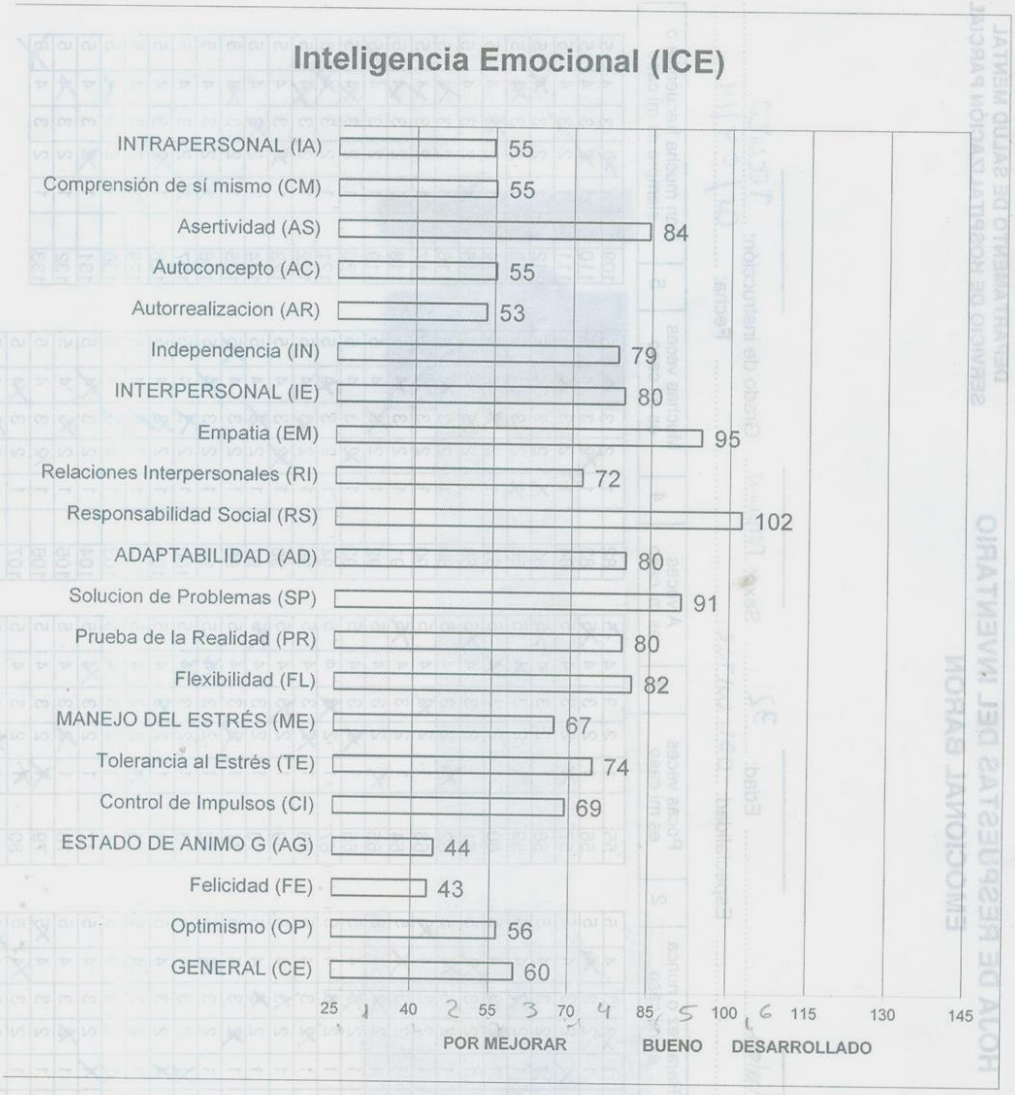
Ps. Rosa Rodríguez

CATEGORIAS DIAGNOSTICO EAD

Puntajes	DIAGNOSTICO
De 25 a 40	No hay Depresión Presente
De 41 a 60	Con Desorden Emocional
De 61 a 70	Depresión Situacional
De 71 a 100	Presenta Depresión Ambulatoria

TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES TOTALES A INDICES EAD

Dentro de Límites Normales. No hay Depresión presente																		
Total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32					
Indice EAMD	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40					
Con Desorden Emocional																		
Total	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
Indice EAMD	41	43	44	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59	60		
Depresión Situacional																		
Total	49	50	51	52	53	54	55	56										
Indice EAMD	61	63	64	65	66	68	69	70										
Presenta Depresión Ambulatoria (Tratamiento)																		
Total	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Indice EAMD	71	73	74	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92
Total	75	76	77	78	79	80												
Indice EAMD	94	95	96	98	99	100												



Nombre: Carmela	Ptje Estándar	Pautas de Interpretación
F.N.:	130 y más	Capacidad emocional muy desarrollada: Marcadamente Alta.Capacidad emocional inusual
Edad: 32 años		
L.N.: Lima	115 a 129	Capacidad emocional muy desarrollada: Alta. Buena .
Instrucción: Tècnica	86 a 114	Capacidad emocional adecuada: Promedio.
Ocupación: Trabajador independiente	70 a 85	Necesita mejorar: Baja. CE debajo del promedio
Fecha: 05/04/2014	69 y menos	Necesita mejorar: Muy baja. CE extremadamente por debajo del promedio
Evaluador: Interna Alicia Jimenez		
Impresión Positiva : 17		Impresión Negativa : 12

Edad: 32 años

Carmela

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
V Validez	0	=	Válido		
X Sinceridad	486	=	Válido	84	X
Y Deseabilidad Social	11	=		50	Y
Z Autodescalificación	28	=		85	Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	PUNTAJE BR	FACTOR X	FACTOR X1/2	AJUSTES DA	AJUSTES DD	AJUSTES DC-1	AJUSTES DC-2	AJUSTES Pac.	PUNTAJE FINAL	
1 Esquizoide	44	121	115							115	1
2 Evitativo	42	104	98		94					94	2
3 Dependiente	43	101	95							95	3
4 Histriónico	26	64	58							58	4
5 Narcisita	24	43	37							37	5
6A Antisocial	22	61	55							55	6A
6B Agresivo-sádico	30	71	65							65	6B
7 Compulsivo	45	89	83							83	7
8A Pasivo-agresivo	33	74	68							68	8A
8B Autoderrotista	44	108	102		98					98	8B
Patología severa de personalidad											
S Esquizotípico	35	70		67		63	63	63		63	S
C Borderline	54	83		80	80	76	76	76		76	C
P Paranoide	22	67		64			64	64		64	P
4											
Síndromes clínicos											
A Ansiedad	32	99	93			89	89	89		89	A
H Somatoformo	29	69	63			59	59	59		59	H
N Bipolar	23	60	54							54	N
D Distimia	53	98	92			88	88	88		88	D
B Dependencia de alcohol	22	59	53							53	B
T Dependencia de drogas	25	60	54							54	T
Síndromes severos											
SS Desorden del pensamiento	22	62		59					59	59	SS
CC Depresión mayor	40	80		77					77	77	CC
PP Desorden delusional	8	55		52					52	52	PP

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34






ESTACION DE
OBSTETRICES
5°A-T




EsSalud








Cartas
mujeres







