

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales y estudio de caso en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno de adaptación en paciente con rasgos ansiosos de personalidad

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

Jorge Landauro Quiñe

LIMA – PERÚ

2014

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y Apellidos:

Ps. Jorge Landauro Quiñe

Lugar donde labora*:*

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Años de experiencia en el hospital:

34 años

Horario de trabajo (general):

De 8a.m. - 2p.m.

Área donde desempeña funciones:

Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

DEDICATORIA

A mi esposa, a mis hijos y a mi madre con cariño por su comprensión y apoyo.

A la Mg. Rosa Elena Huerta por su paciencia, enorme ayuda y apoyo incondicional durante este tiempo.

INDICE

INTRODUCCION…… 5

1. ANALISIS Y DIAGNÓSTICO DEL CENTRO LABORAL…… 7

1.1. Nombre del centro laboral…… 7

1.2. Dirección del centro laboral……..... 7

1.3. Reseña histórica del centro……..... 9

1.4. Seguro Social de Salud……. 12

1.5. Servicio de Psicología……... 15

1.6. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación…….. 39

1.7. Enfoque Teórico…….. 60

2. CASO CLINICO…… 63

2.1. Historia Clínica…….. 64

2.2. Informe psicológico…….. 97

2.3. Informe psicológico ocupacional……. 105

2.4. Plan de tratamiento……. 108

BIBLIOGRAFIA…….. 135

ANEXOS…… … 136

INTRODUCCION

En el presente documento se desarrolla el Informe que da cuenta de la experiencia profesional realizada durante 28 años en Psicología, en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. En este pequeño espacio se ha venido aplicando los conocimientos acumulados durante el tiempo que se ha ejercido la carrera como especialista en temas de discapacidad, aprovechando cada momento de la experiencia cotidiana para brindar lo mejor de la formación profesional en el manejo de cada caso atendido, como también, adoptando estrategias orientadas a perfeccionar las técnicas aplicadas en los procedimientos de evaluación psicológica y de terapia, para más tarde facilitar la transferencia de la evidencia a la práctica clínica habitual.

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins es uno de los hospitales más importantes de Latinoamérica con una trayectoria de más de cincuenta años, prestando atención a la población asegurada, en las diversas especialidades de alta complejidad, siendo la modalidad de trabajo la intervención del equipo multidisciplinario.

El Servicio de psicología forma parte de esa modalidad de trabajo que está reconocido por nuestra institución como uno de los más importantes dentro de su competencia. Cuenta con un capital humano calificado y competitivo de psicólogos que conforman parte de este equipo, aplicando diferentes técnicas psicoterapéuticas de acuerdo a la especialidad y complejidad que presente el paciente (no olvidando que la persona es mente y cuerpo) así como los procedimientos propios en el abordaje del paciente interviniendo en el diagnóstico y tratamiento científico, eficaz y eficiente para su recuperación.

El Departamento de Medicina Física y Rehabilitación busca a través de sus procesos sanitarios, educativos, formativos y sociales el mejoramiento de la

calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional. Está articulada y armonizada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales. Desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio laboral.

La psicología está considerada dentro del proceso integral de la Rehabilitación como un eje importante que consiste en desarrollar estrategias de intervención terapéutica a efecto de que el paciente aprenda a enfrentarse a su nueva situación física y a todos los cambios que dicho trauma genera en su vida diaria. Asimismo, identifica las estrategias de afrontamiento con las que cuenta el paciente y aquellas que debe adquirir para la adaptación eficaz a la nueva situación.

En el presente documento se estructura en dos partes. La primera se encontrará la presentación y el análisis diagnóstico del Centro Laboral, una reseña histórica de la Institución, del Hospital, del servicio de psicología, los objetivos, el desarrollo de las actividades profesionales en el Servicio de Psicología y de la Rehabilitación, dando a conocer la organización, las funciones y el campo de intervención que comprende dos ejes, la psicología clínica y la psicología organizacional.

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

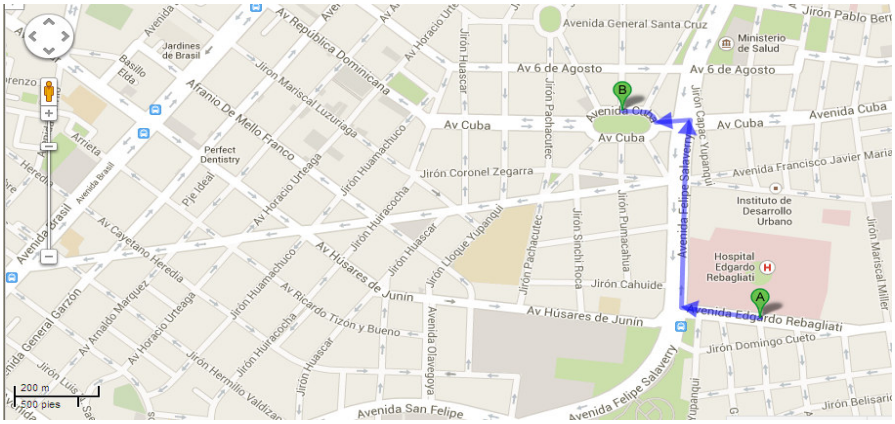
1. ANALISIS Y DIAGNÓSTICO DEL CENTRO LABORAL

1.1. NOMBRE DEL CENTRO:

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

1.2. DIRECCIÓN DEL CENTRO:

Av. Rebagliati 490, distrito de Jesús María – Lima, Perú. Para identificar su ubicación se detalla un plano con las principales avenidas que lo rodean:



1.3. RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO:

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.° 8433, con la cual se creó el Seguro social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.° 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado. Con la llegada al Gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inicia un proceso de fusión progresiva de los seguros del

obrero y el empleado. El 1º de mayo de 1973 se promulgó el Decreto Ley N.° 19990.

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS ".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.

1.3.1. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARITNS

La historia de este hospital se inició el 3 de noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado. Contaba con un personal de 167 médicos y enfermeras. Inicialmente se llamó Hospital del Empleado y su primer director fue el doctor Guillermo Kaelin. 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.

1.3.2. SERVICIO DE PSICOLOGÍA

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

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

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

Por el año 1980, la labor del psicólogo se hace importante y necesaria por lo tanto los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, y surge la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

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

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

Ps. Dr. Julio Santos. 3).- Servicio de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Ps. Dra. Elsa Rodríguez. 4).- Servicio de Psicología de Madre-Niño a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz. Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales.

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

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

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

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

En 1998, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Ps. Dra. Berenice de la Torre Sobrevilla. Hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral.

Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría cuya característica principal era un clima laboral negativo para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, ya con la Ley del Psicólogo se promulga el reconocimiento de la ACTIVIDAD FINAL en el ejercicio profesional.

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

Hoy en día el Servicio de Psicología cuenta con un Staff de 36 psicólogos, distribuidos en los diferentes servicios del hospital Rebagliati.

1.3.3. DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

En 1958 empieza a funcionar el Servicio de Rehabilitación siendo el primer médico que se encargó en ese entonces de dicho servicio fue un Doctor de apellido Pardo. Actualmente el Departamento de Medicina Física cuenta con tres servicios, Servicio de Rehabilitacion Sistema Locomotor y Cardiovascular, Servicio de Rehabilitacion Neurotraumatológico y Ocupacional y Servicio de Rehabilitacion Pediátrica.

En la década de los 70 se apertura el servicio de psicología de la Rehabilitación con las Dra. Elsa Rodríguez y la Dra. Luz flores quienes con su alto nivel de profesionalismo dieron a conocer la importancia de la

psicología y sus beneficios en el proceso de la recuperación física del paciente. Actualmente están asignados cuatro psicólogos quienes con su trabajo aportan, desde la perspectiva psicología y emocional, el retorno a la vida y a la sociedad participativa de las personas que por muy diversas causas, sufren deficiencias y discapacidades que les segregan y les marginan de la sociedad normalizada y competitiva.

Los psicólogos que trabajan en la Rehabilitación se preocupan por el crecimiento personal y social de las personas con discapacidad, promoviendo su perspectiva personal y un óptimo uso de sus capacidades. Han de tener como metas y objetivos la mejora de la práctica de la rehabilitación y propiciar los cambios en la conducta y el entorno para hacer así más accesibles las oportunidades en las relaciones sociales, en el empleo, en la educación, en la comunidad y en las actividades de ocio.

1.4. Seguro Social de Salud

Fue creado 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.

1.4.1. Visión y misión institucionales

Un proceso de discusión respecto a cuál era la visión compartida del futuro institucional que tenían la Alta Dirección y las redes asistenciales permitió definir la visión de EsSalud.

Por otro lado, como parte del mismo proceso de discusión institucional, se estableció cuál era la finalidad de EsSalud, así como la razón por la cual existe como Institución y la población a la cual sirve, lo que permitió formular la misión institucional.

1.4.2. Visión institucional

"Ser una Institución que lidere el proceso de universalización de la Seguridad Social, en el marco de la política de inclusión social del Estado".

1.4.3 Misión institucional

"Somos una Institución de Seguridad Social de Salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente".

1.4.4. Principios de la seguridad social

Solidaridad

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

Universalidad

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

Igualdad

La Seguridad Social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

Unidad

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

Integralidad

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

Autonomía

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

1.4.5. Objetivos estratégicos 2012-2016 de EsSalud

Objetivo estratégico 1:

"Extender la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales".

Objetivo estratégico 2:

"Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo–promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS".

Objetivo estratégico 3:

"Garantizar la sostenibilidad financiera de la Seguridad Social en Salud".

Objetivo estratégico 4:

"Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido"

1.5. Servicio de Psicología:

1.5.1. Características de la Infraestructura:

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

1.5.2. Visión y Misión de Psicología:

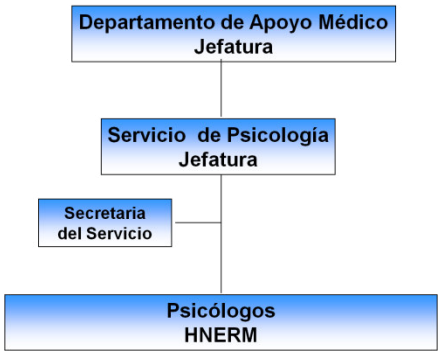
Misión: "Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo promociónales, y recuperativos que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida"

Visión: "Ser una servicio líder en el ámbito de la psicología de la Seguridad Social, en el marco de la política de inclusión social del Estado"

1.5.3. Organización:

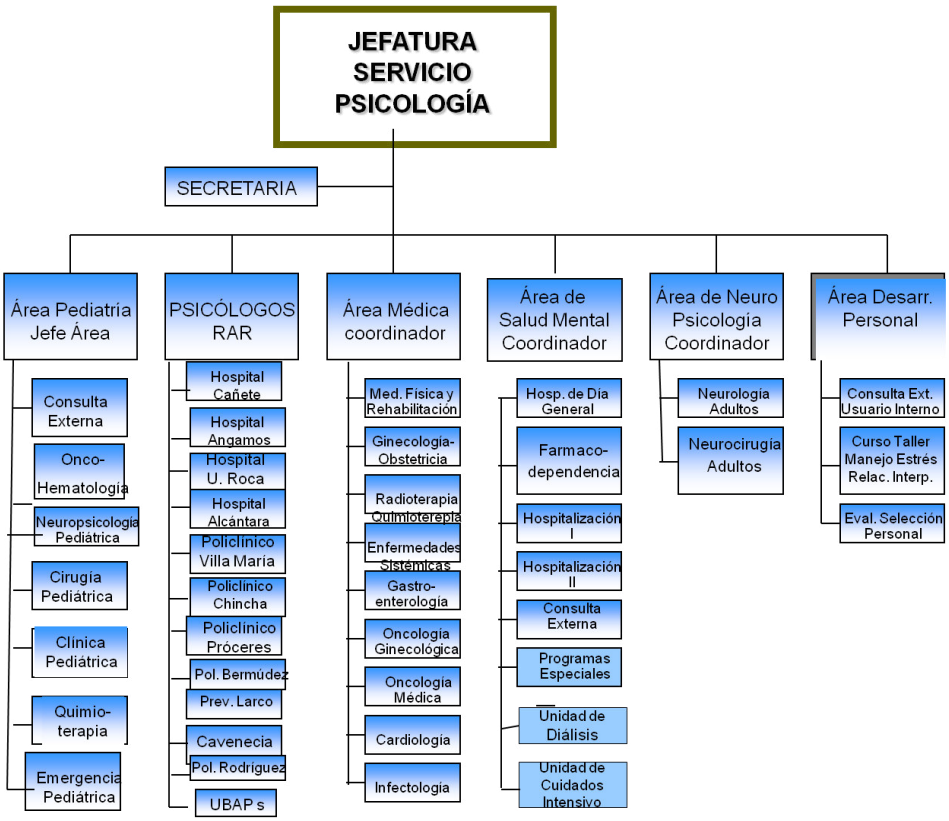
Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico y cumple funciones de atención psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación, diagnóstico y tratamiento tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar 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 de la red asistencial Rebagliati, proveniente del nivel II y I de atención: Hospital II Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Roca, Hospital Carlos Alcántara, Policlínico Pable Bermúdez, Policlínico Chequeos Larco, Policlínico Chincha, Policlínico Próceres, Policlínico Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María, Centro Médico Mala.

Estructura Funcional:



1.5.4. Objetivos:

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

1.5.5. Funciones:

- Elaborar propuestas de programación asistencial del servicio, en función al cumplimiento de metas aprobadas, la variación de la demanda, disponibilidad de oferta, rendimientos, estándares; acorde a las normas vigentes. Ejecutar y controlar el cumplimiento de la programación aprobada, y realizar acciones correctivas.
- Evaluar los resultados alcanzados por el servicio mediante indicadores y ejecutar las mediadas correctivas.

- Organizar, ejecutar y controlar la atención psicológica oportuna a pacientes que requieren evaluación, diagnostico, tratamiento recuperación, y rehabilitación de la conducta, funciones psicológicas o estado emocional, en el marco de los protocolos y normas técnicas, y de seguridad vigente.
- Atender con oportunidad y prontitud las interconsultas de otros servicios y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes.
- Elaborar, actualizar y aplicar los protocolos, manuales de procedimientos y otros documentos de gestión.
- Realizar un correcto registro de las solicitudes, atenciones psicológicas, y resultados en los formularios establecidos y en los sistemas informáticos institucionales. Ejecutar acciones correctivas.

1.5.6. Puesto Psicólogo (Funciones Generales)

- Diseñar o participar y aplicar el Plan de Trabajo Anual.
- Realizar entrevista psicológica y determinación de riesgo.
- Seleccionar y aplicar pruebas psicológicas.
- Realizar evaluación y determinar diagnóstico del paciente.
- Realizar la calificación e interpretación de pruebas psicológicas.
- Expedir Informe Psicológico.
- Atender Interconsultas.
- Aplicar tratamiento psicoterapéutico Individual adoptando la modalidad de intervención acorde a la patología y características del paciente.
- Aplicar tratamiento psicoterapéutico a parejas y/o familia.
- Aplicar tratamiento psicoterapéutico grupal.
- Monitorear el tratamiento psicológico del paciente.
- Brindar educación continua al paciente y/o familia.
- Extender el alta psicológica y/o seguimiento.
- Participar en las actividades preventivo-promociónales.

- Proponer y desarrollar trabajos de investigación.
- Integrar los diferentes comités hospitalarios y/o aquellos que proponen la Institución.
- Promocionar y difundir campañas de Salud Psicológica.
- Desarrollar talleres preventivos y recuperativos al personal de la Institución.
- Realizar talleres de desarrollo personal.
- Dar atención terapéutica y asesoría a familiares.
- Participar en las actividades de emergencias y desastres.
- Registrar el parte diario de Atención Psicológica.
- Participar e intervenir en las reuniones administrativas de Servicio.

Reporta a: Jefe de Unidad de Psicología.

Supervisa a: Internos, SERUMS, Pasantes.

Coordina:

- **Internamente: Otras especialidades.**
- **Externamente: Organismo interinstitucionales.**

1.5.7. Procedimientos.

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

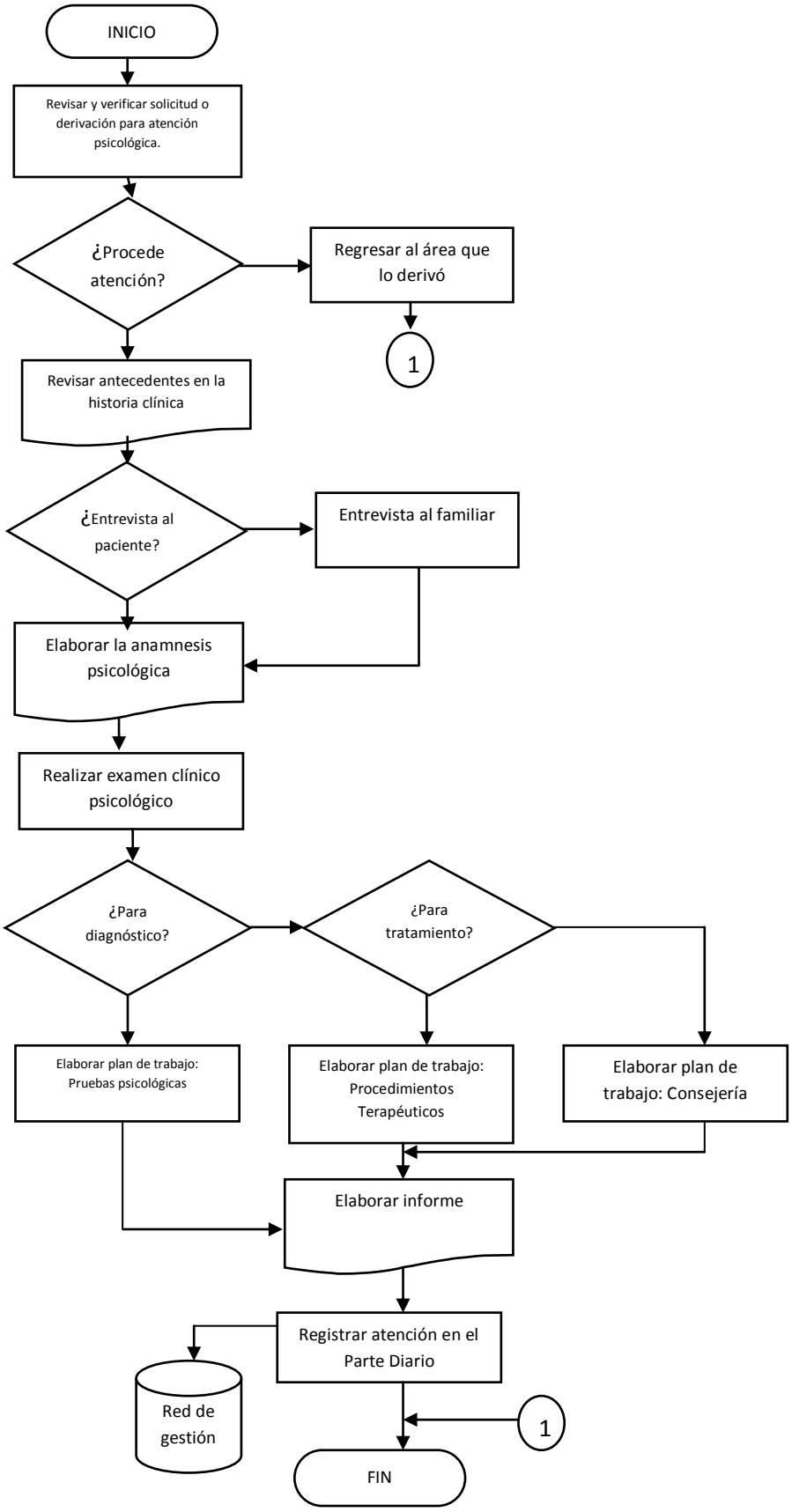
a. Atención psicológica.

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.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA	
ATENCION AMBULATORIA	
Definición: Atención que se brinda al paciente asegurado derivado o referido por el médico tratante u otro especialista cuya finalidad es determinar el riesgo o daño psicológico y el plan de intervención para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.	**Responsable:** Psicólogo
Objetivos: Definir las características psicológicas, sociales o el estado mental del paciente: psicopatología que presenta previa, comórbida o consecuencia de la enfermedad de dolor.	**Requisitos:** Cita de atención, historia clínica.
Materiales: Historia clínica, formatos de psicologías, pruebas.	

Nº Pasos	**Descripción**
1	Revisar los antecedentes pertinentes de la historia clínica.
2	Entrevistar al paciente o al familiar ser el caso, observando el desempeño y comportamiento.
3	Elaborar la anamnesis psicológica: Problema actual, antecedentes,
4	impacto psicológico y el nivel de ajuste.
5	Realizar la evaluación diagnóstica con el objetivo de conocer las habilidades, potenciales y limitaciones de los componentes psicológicos del paciente.
6	Elaborar el plan de trabajo psicológico de acuerdo al caso: • Para diagnóstico: Pruebas psicológicas. • Para tratamiento: Procedimientos terapéuticos y/o consejería. • Para orientación laboral:
7	Indicar diagnóstico en concordancia con el CIE 10.
8	Elaborar informe.

FLUJOGRAMA
Consulta Externa



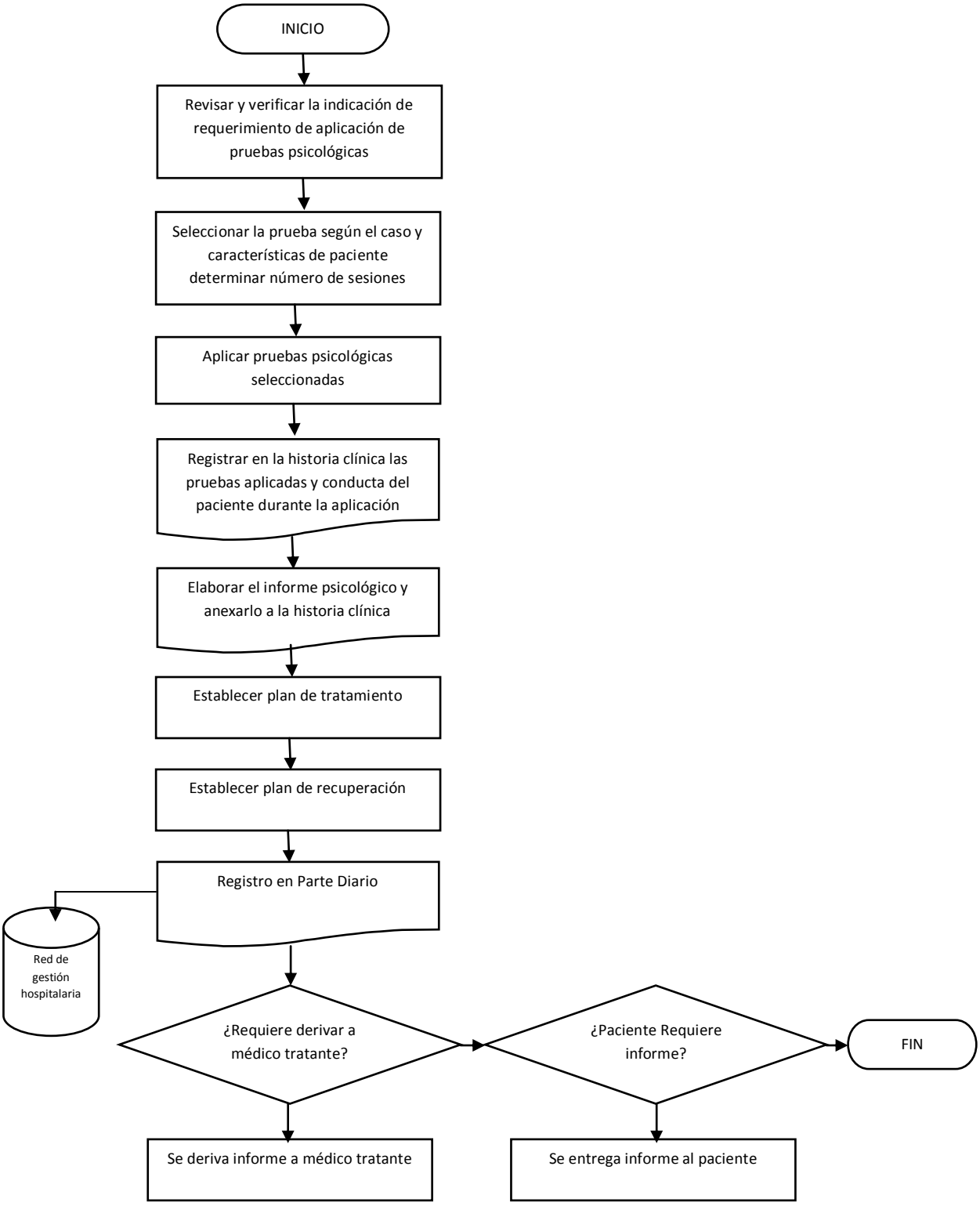
b. Procedimientos diagnósticos psicológicos.

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

<table>
<tr><th colspan="3">MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA</th></tr>
<tr><td colspan="2">EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</td><td>Responsable:
Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: Actividad psicológica que consiste en la aplicación de una prueba o batería psicológica/o neuropsicológica para diagnóstico de daño, riesgo, perfil u orientación</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:
Determinar el riesgo o daño a través de un procedimiento diagnóstico.
Identificar riesgos o determinar daño.
Identificar potencialidades de la persona.</td><td>Requisitos:
Tener cita.
Requerimiento de evaluación.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Materiales: Historia clínica, pruebas psicológicas (protocolo de respuestas, manuales técnicas) sala de procedimientos cronómetro, útiles de escritorio.</td></tr>
<tr><th>Nº Pasos</th><th colspan="2">Descripción</th></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Revisar y verificar la indicación del requerimiento de aplicación de pruebas psicológicas. (Revisar el plan)</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Entrevistar al paciente, observando el desempeño y comportamiento.</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Seleccionar la prueba según el caso y características del paciente y determinar el número de sesiones para la aplicación de la misma.</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="2">Aplicar las prueba(s) psicológica(s) seleccionada(s).</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Registrar en la historia clínica las pruebas aplicadas y la conducta del</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">paciente durante la aplicación.</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Elaborar el informe psicológico y anexarlo a la historia clínica.</td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="2">Establecer el plan de recuperación o rehabilitación o curación del paciente en los casos que corresponda y citar al paciente, la familia o tutor.</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="2">Registrar atención en el parte diario.</td></tr>
</table>

FLUJOGRAMA

Procedimiento de Diagnóstico



MATERIAL PSICOMÉTRICO UTILIZADO

- **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.

- **Test de Dibujo de la Figura Humana**
  - *Autor(es)* : Elizabeth Münsterberg Koppitz.
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva.
  - *Duración* : No hay tiempo límite.
  - *Edad de Aplicación* : Niños (as) entre 05 y 12 años.
  - *Objetivo* : Evalúa el nivel de maduración (aspecto evolutivo) y el relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño (aspecto emocional).

- **Test del Árbol - Casa - Persona (HTP)**
  - *Autor(es)* : John N. Buck y W. L. Warren.
  - *Forma de Aplicación* : Individual.
  - *Duración* : Entre 30 y 90 minutos.
  - *Edad de Aplicación* : Niños, Adolescentes y Adultos.
  - *Objetivo* : Evaluación de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar.

- **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.

- **Cuestionario de Personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell**
  - *Autor(es)* : R. B. Cattell.
  - *Forma de aplicación.* : Individual y Colectiva.
  - *Duración* : 40 – 50 min.
  - *Edad de Aplicación* : Adolescentes 12 – 18 años.
  - *Objetivo* : Instrumento elaborado mediante investigación psicológica, con el fin de ofrecer, una visión muy completa de la personalidad emocional actual.

- **Cuestionario de Personalidad de 16 factores de Cattell – 16PF**
  - *Autor(es)* : R. B. Cattell.
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva.
  - *Duración* : 45 – 60 min.
  - *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos, desde los 18 años
  - *Objetivo* : Instrumento de valoración objetiva, elaborado mediante investigación psicológica, con el fin de ofrecer, en el menor tiempo posible, una visión muy completa de la personalidad.

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)**
  - *Autor(es)* : Theodore Millón
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva.
  - *Duración* : De 20 a 30 minutos aprox.
  - *Edad de Aplicación* : 18 años en adelante.
  - *Objetivo* : Permite medir dificultades emocionales, sea trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos.

- **Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) - Escala de Automedición de Depresión (EAMD)**
  - *Autor(es)* : Zung.
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva.
  - *Duración* : 10 minutos aproximadamente cada escala.
  - *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos.
  - *Objetivo* : Grado de ansiedad y Grado de depresión del sujeto.

- **Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III**
  - *Autor(es)* : David Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee.
  - *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva.
  - *Duración* : 20 min. Aprox.
  - *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos (a partir de los 16 años).
  - *objetivo* : Evalúa las áreas de cohesión y adaptabilidad en la familia.

c. Procedimientos terapéuticos psicológicos.

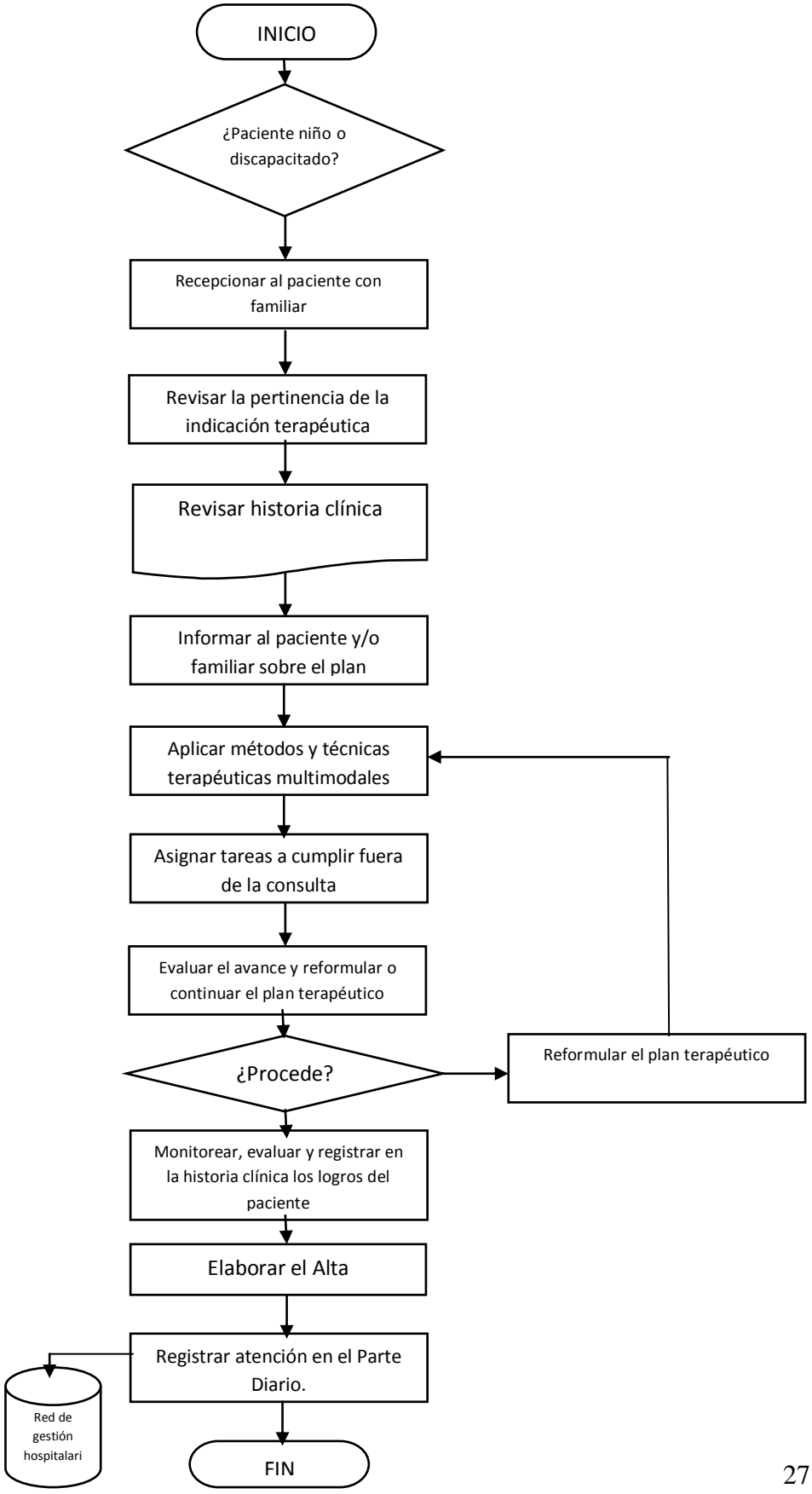
Son actividades de recuperación, rehabilitación y/o curación realizadas por el psicólogo. Incluye terapia individual, terapia de pareja, terapia de familia, terapia grupal, terapia grupal en hospital de día y procedimientos terapéuticos y grupales de medicina complementaria.

- **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.

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA	
TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL	**Responsable:** Psicólogo
Definición: Procedimiento terapéutico realizado por el psicólogo al paciente para recuperar, rehabilitar, curar las funciones cognitivas emocionales y comportamentales afectadas. Este tipo de terapia es multimodal.	
Objetivos: Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas. Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.	**Requisitos:** Cita de atención.
Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.	

Nº Pasos	**Descripción**
1	Recepcionar al paciente y al familiar, en caso de niños o personas con discapacidad.
2	Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
3	Revisar Historia Clínica.
4	Informar al paciente y/o familiar sobre los objetivos y la forma de aplicación y seguimiento del plan terapéutico.
5	Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.
6	Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
7	Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.
8	Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros del paciente.
9	Revisar lo aprendido por el paciente y su uso futuro.
10	Realizar entrevista final previa al alta. En la que puede participar la pareja o familiar.
11	Elaborar el alta.
12	Registrar atención en el parte diario.

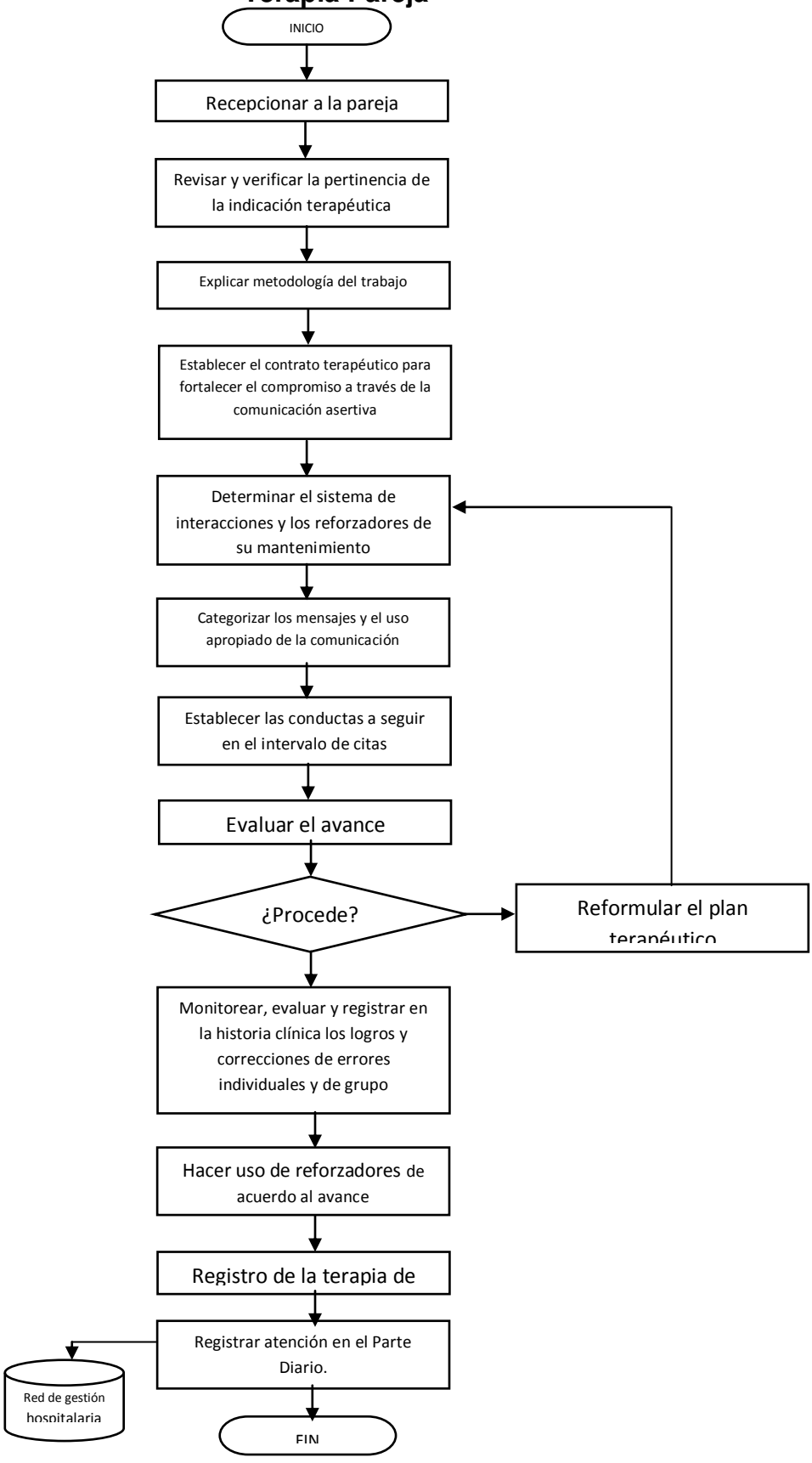
FLUJOGRAMA
Terapia individual



- **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.

<table>
<tr><th colspan="3">MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA</th></tr>
<tr><td colspan="2">TERAPIA PSICOLÓGICA DE PAREJA</td><td>Responsable:
Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: Procedimiento especializado realizado a la pareja para recuperar, rehabilitar, modificar sus interacciones.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:
Identificar el sistema relacional.
Restituir, recuperar, rehabilitar y modificar el sistema de interacción de la pareja para una adecuación en su entorno familiar y social.</td><td>Requisitos:
Cita de atención.
Indicación del procedimiento terapéutico.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.</td></tr>
<tr><th>Nº Pasos</th><th colspan="2">Descripción</th></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Recepcionar a la pareja.</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Explicar metodología de trabajo.</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="2">Establecer el contrato terapéutico para fortalecer el compromiso a través de la comunicación asertiva.</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Determinar el sistema de interacciones y los reforzadores de su</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">mantenimiento.</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Categorizar los mensajes y el uso apropiado de la comunicación.</td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="2">Establecer las conductas a seguir en el intervalo de las citas.</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="2">Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.</td></tr>
<tr><td>10</td><td colspan="2">Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros y corrección de errores de la pareja.</td></tr>
<tr><td>11</td><td colspan="2">Hacer uso de los reforzadores de acuerdo al avance.</td></tr>
<tr><td>12</td><td colspan="2">Registro de la terapia de pareja.</td></tr>
<tr><td>13</td><td colspan="2">Registrar atención en el parte diario.</td></tr>
</table>

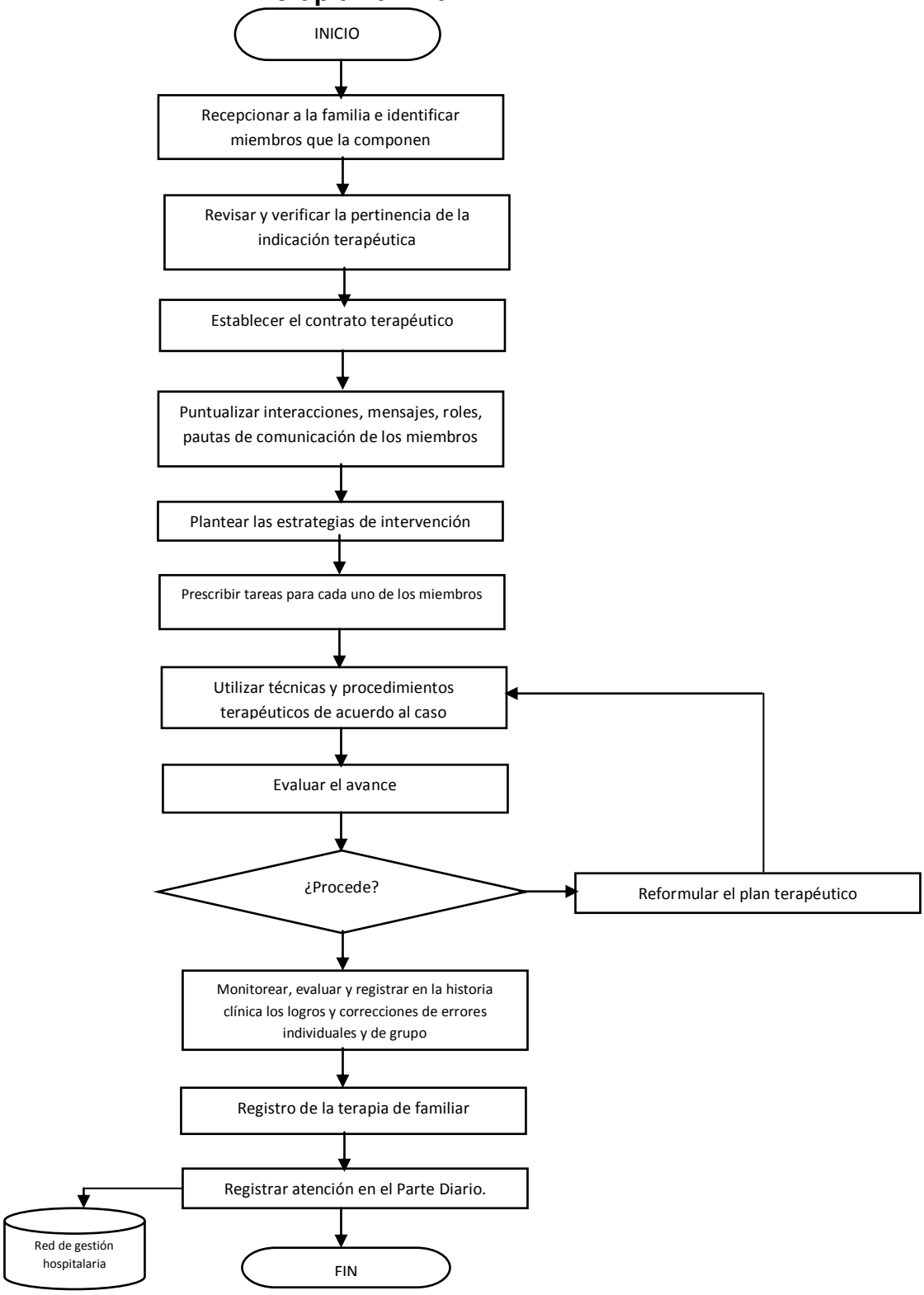
FLUJOGRAMA
Terapia Pareja



- **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.

<table>
<tr><th colspan="3">MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA</th></tr>
<tr><td colspan="2">TERAPIA FAMILIAR</td><td>Responsable:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: Procedimiento especializado realizado por el psicólogo para recuperar, rehabilitar, modificar y potenciar los recursos de la familia a fin de cambiar el sistema de interrelación.</td><td>Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:
Identificar el sistema comunicacional.
Restituir, recuperar, rehabilitar y modificar el sistema de interacción familiar.</td><td>Requisitos:
Cita de atención.
Previa consulta psicológica.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.</td></tr>
<tr><th>Nº Pasos</th><th colspan="2">Descripción</th></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Recepcionar a la familia e identificar los miembros que la componen.</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Establecer el contrato terapéutico para fortalecer el compromiso a través de la comunicación asertiva.</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="2">Puntualizar las interacciones, mensajes, roles, pautas de comunicación de los miembros.</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Plantear las estrategias de intervención dirigidas a redefinir el problema de la familia.</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">Prescribir tareas para cada uno de los miembros de la familia dirigidas hacía el cambio.</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Utilizar técnicas terapéuticas de acuerdo al caso.</td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="2">Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico.</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="2">Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los resultados y objetivos logrados.</td></tr>
<tr><td>10</td><td colspan="2">Registro de la terapia de familia.</td></tr>
<tr><td>11</td><td colspan="2">Registrar atención en el parte diario.</td></tr>
</table>

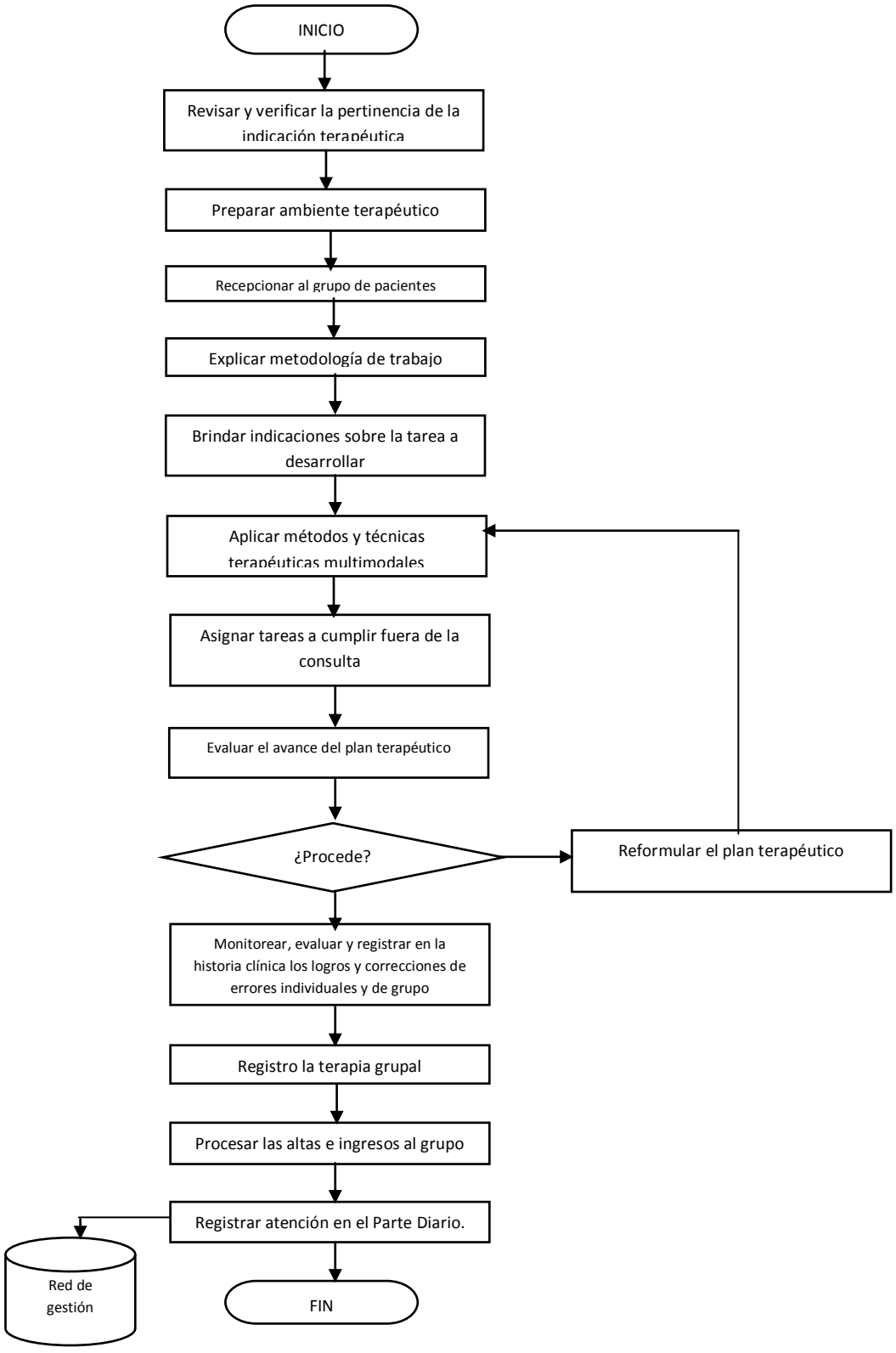
FLUJOGRAMA
Terapia Familiar



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

<table>
<tr><th colspan="3">MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA</th></tr>
<tr><td colspan="2">TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL</td><td>Responsable:
Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: procedimiento terapéutico especializado realizado por el psicólogo a un grupo para rehabilitar, curar las funciones cognitivas emocionales y comportamentales afectadas. El número de participantes es de 8 a 15 personas.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:
Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementar o potenciar sus habilidades y destrezas.
Adaptar a su entorno familiar, social y laboral.</td><td>Requisitos:
Cita de atención.
Indicación del procedimiento terapéutico.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.</td></tr>
<tr><th>Nº Pasos</th><th colspan="2">Descripción</th></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Preparar ambiente terapéutico.</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Recepcionar al grupo de pacientes.</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="2">Explicar metodología de trabajo (Nº de sesiones, tareas).</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Brindar indicaciones sobre la tarea a desarrollar.</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.</td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="2">Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico. Hacer uso de reforzadores.</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="2">Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros y corrección de errores individuales y de grupo.</td></tr>
<tr><td>10</td><td colspan="2">Registro de la terapia grupal.</td></tr>
<tr><td>11</td><td colspan="2">Procesar las altas e ingresos al grupo.</td></tr>
<tr><td>12</td><td colspan="2">Registrar atención en el parte diario.</td></tr>
</table>

FLUJOGRAMA
Terapia Grupal



- **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.

1.5.8. Estadísticas del servicio (población atendida en los años 2012 y 2013)

Tabla 1 Distribución de las actividades atendidos en el 2012

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	U. medida	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1. Atención Psicológica.	Atención	1728	2038	1896	2047	2252	2228	2290	2280	2608	2482	2324	2064	**26237**
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
2.3. Procedimientos preventivos promocionales.	Sesión	743	672	852	790	729	520	510	650	338	302	382	342	6830
Total														52709

Figura 1. Número de consultas atendidos en el 2012

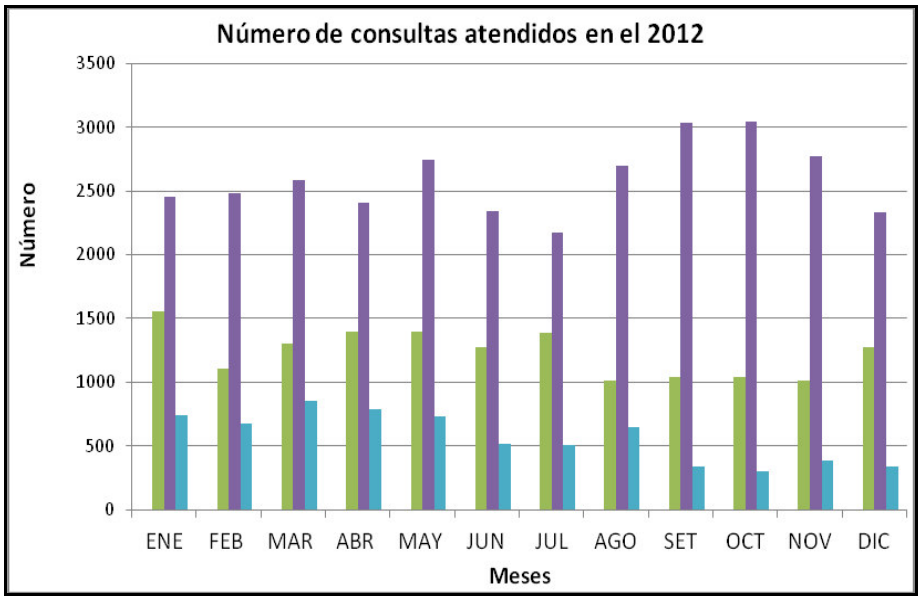


Grafico 1 Porcentaje de las actividades Psicológicas del 2012

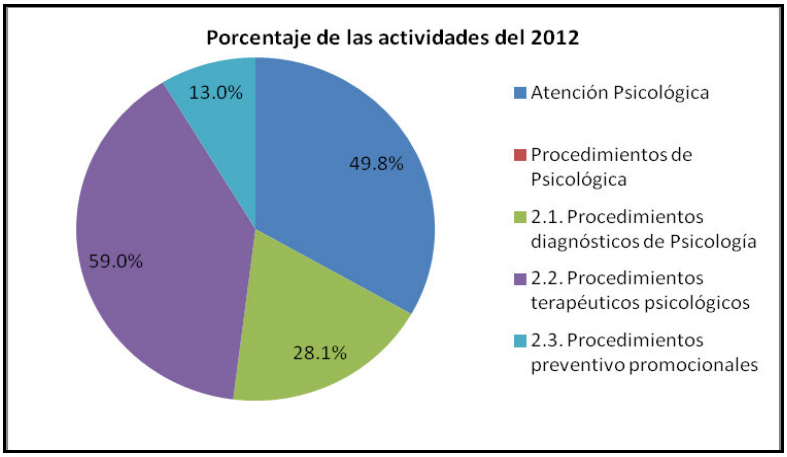


Tabla 2. Distribución de las actividades atendidos en el 2013

ACTIVIDADES	U. medida	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1.Atención Psicológica. Procedimientos de Psicológica	Atención	2268	1911	1928	1979	2151	1981	2125	2211	1903	2113	2379	2019	24968
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
2.3. Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	475	523	591	461	463	455	523	608	359	329	584	486	5857
Total														52984

Figura 2. Número de consultas atendidos en el 2013

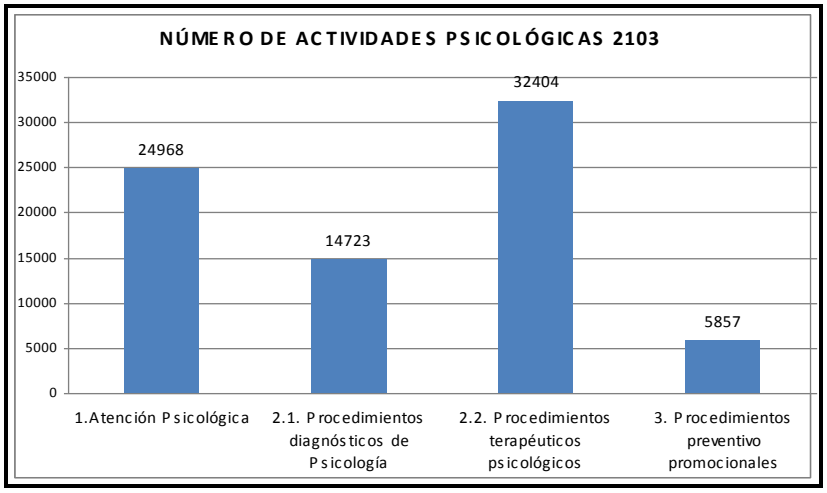


Grafico 2 Porcentaje de las actividades Psicológicas del 2013

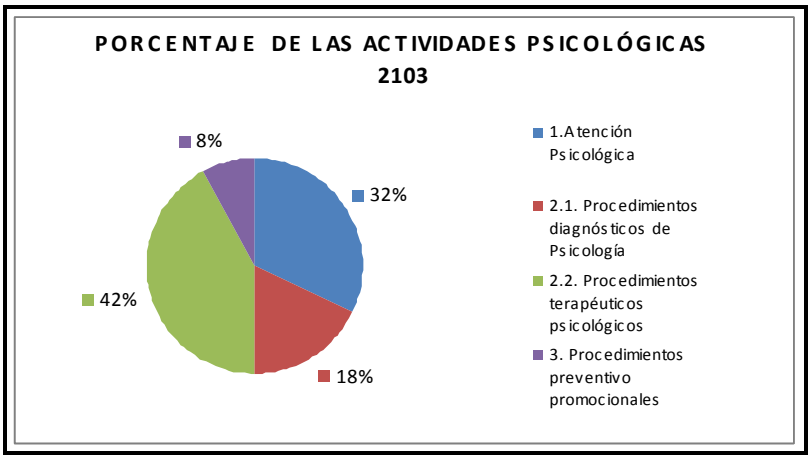


Tabla 3. Número de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 -2012 (ambulatorio)

DIAGNOSTICOS	CODIGO	TOTALES
Trastorno De Adaptación	F-43.2	4037
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	1540
Trastorno del Habla y del Lenguaje	F-80	324
Episodio Depresivo	F-32	1469
Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	323
Trastorno de Conducta	F-91.	387
Trastorno Esquizofrénico	F-20	321
Trastorno de Hiperactividad	F-90	282
Demencia	F-00	360
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F-10	139
Retardo Mental	F-70	112
Retardo del desarrollo	R62	126
Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z-73	40
Otros		1007
TOTAL		10467

Figura 3. Número de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 -2012 (ambulatorio)

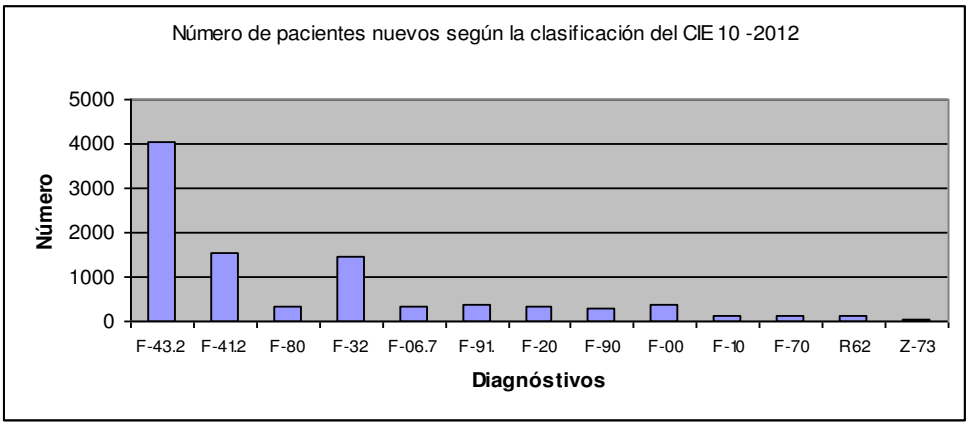


Grafico 3 Porcentaje de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 -2012 (ambulatorio)

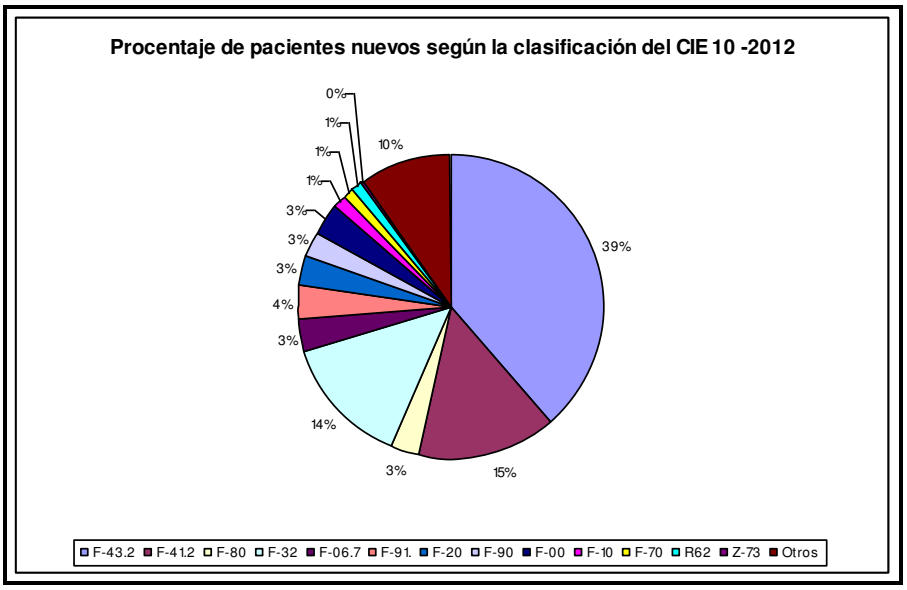


Tabla 4. Número de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 -2013 (ambulatorio)

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

Figura 4. Número de pacientes nuevos atendidos en el 2013 (ambulatorio)

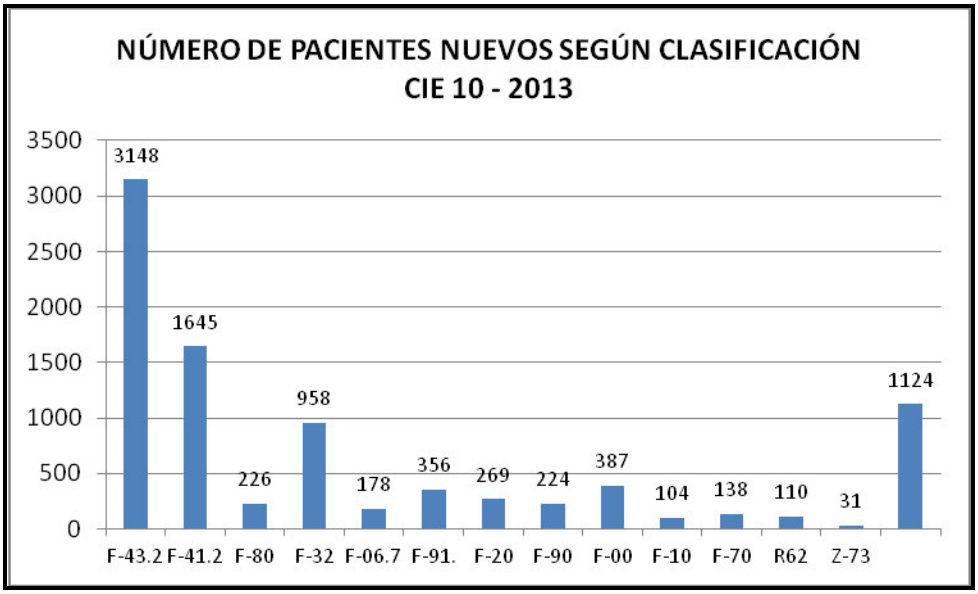
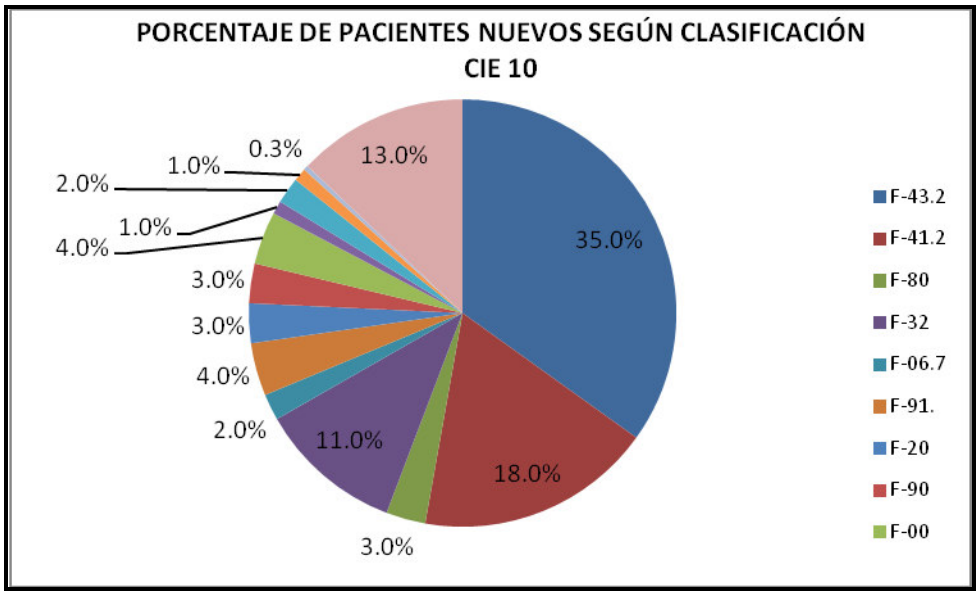


Grafico 4. Porcentaje de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 -2013 (ambulatorio)



1.6. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación:

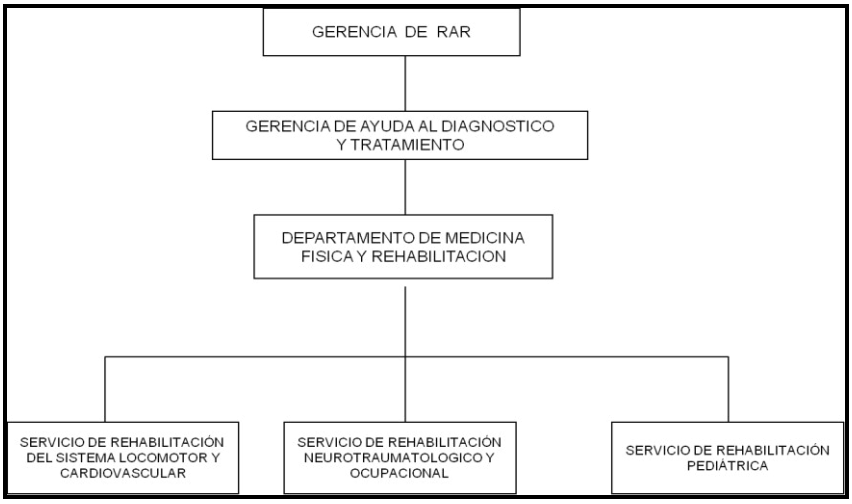
1.6.1. Características de la infraestructura:

La consulta ambulatoria y las áreas de terapia de la UPS de Medicina de Rehabilitación están ubicadas en el sótano del hospital que cuenta con accesos de ingresos vehiculares y peatonal debidamente accesibles sin barreras arquitectónicas para la atención de las personas con discapacidad, para lo cual cuentan con acceso inmediato y directo desde la calle, para facilitar el flujo de las personas con prótesis, ortéticos, camillas y sillas de ruedas. El acceso al Departamento de Medicina de Rehabilitación está claramente señalizado, permitiendo su identificación a distancia, cumpliendo las normas de Ingeniería Hospitalaria para tal fin.



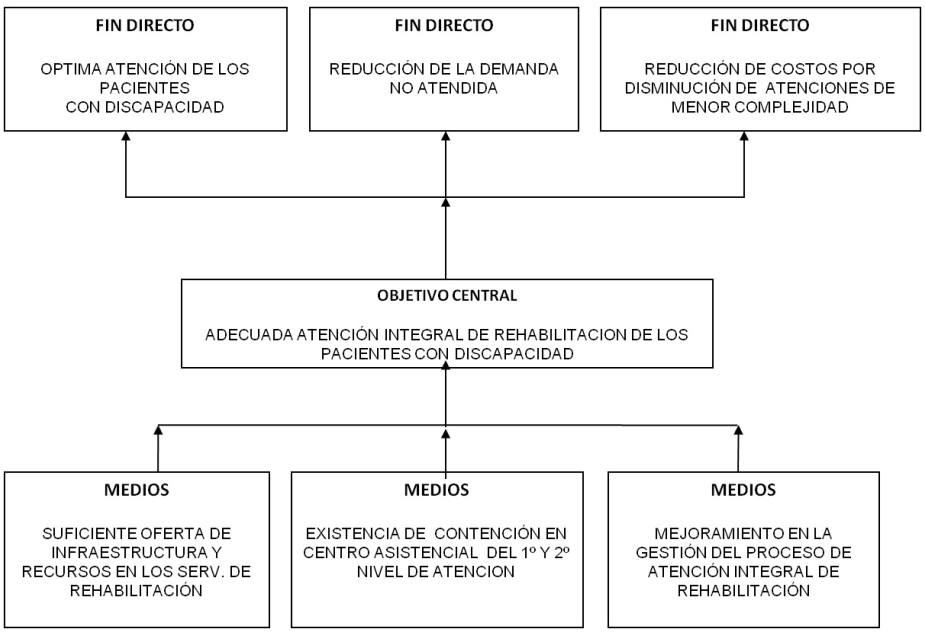
1.6.2. Organización:

Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte de la gerencia de ayuda al Diagnóstico y coordina internamente con las áreas de hospitalización, centro quirúrgico, consulta externa y los CERPs.



Servicio de rehabilitación sistema locomotor y cardiovascular	Servicio de rehabilitación neurotraumatológico y ocupacional	Servicio de rehabilitación pediátrica
Patología de Columna y Pie. Patología Reumatológica. Rehabilitación en Amputados. Rehabilitación Cardio – Respiratoria. Patología de Oncología.	Rehabilitación Traumatológica Rehabilitación Neurológica. Rehabilitación de Lesionados Medulares. Rehabilitación Geriátrica. Rehabilitación en UCI.	Patología del Lenguaje. Atención del Niño de Alto Riesgo. Patología del Aprendizaje. Patología Neurológica. Patología Oncológica. Patología Traumatológica. Hemofilia. Patología Respiratoria.

1.6.3. Objetivos:



1.6.4. Visión y Misión del departamento:

Misión: Ser un Departamento LIDER en Salud, centrado en la persona con discapacidad asegurada, que supere sus expectativas y mejore su bienestar.

Visión: Somos un Departamento que brinda una atención integral de Rehabilitación a las Personas con Discapacidad con calidad, calidez y eficiencia para mejorar su calidad de vida y lograr su plena integración sociolaboral.

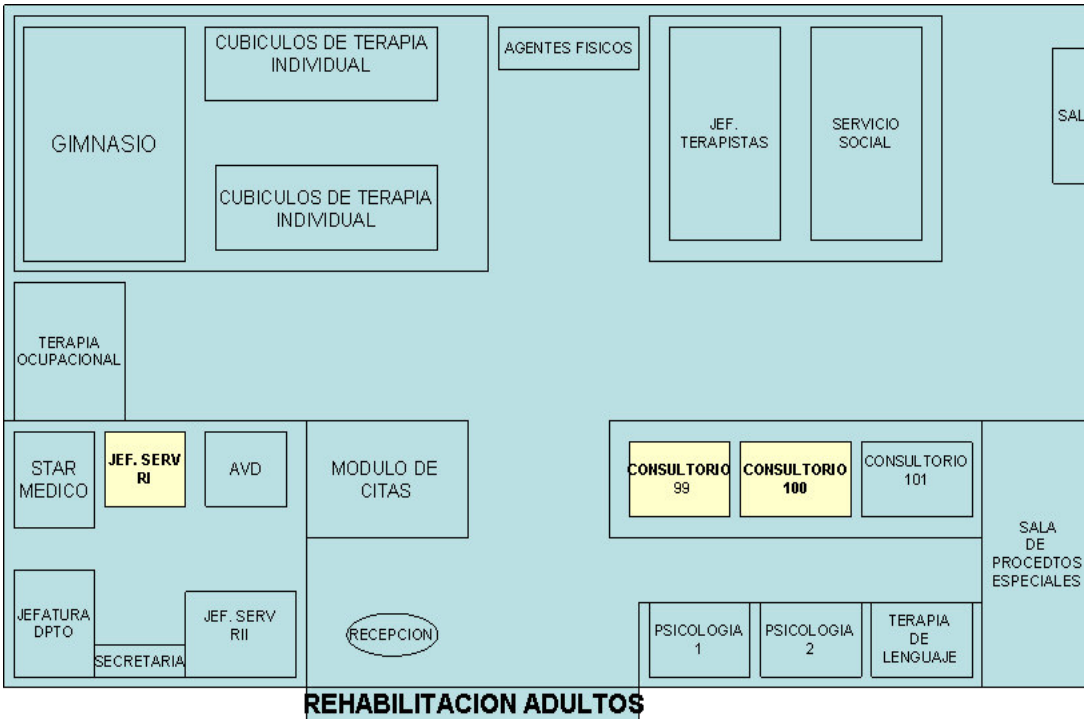
1.6.5. Funciones:

- Desarrollar la gestión clínica por resultados en la salud de nuestros asegurados; evaluarla mediante indicadores de salud y de servicios.
- Organizar, ejecutar y controlar una prestación de salud oportuna y de calidad de pacientes de su especialidad clínica con deficiencia, discapacidad o minusvalía debido a enfermedades cardiovasculares, reumatológicas, oncológicas, post cirugía de columna y amputaciones, conforme a guías, de práctica clínica, protocolos y normas técnicas y de seguridad vigentes.
- Atender con oportunidad y prontitud las interconsultas de otros servicios y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes.
- Elaborar, actualizar y aplicar las guías de práctica clínicas de las patologías mas frecuentes del servicio, así como los protocolos y otros documentos de gestión.
- Prevenir y controlar la morbilidad mortalidad evitable, infecciones intrahospitalarias, y eventos adversos de la atención en su servicio.

- Realizar un correcto registro de acto médico en la historia clínica, en los formularios empleados en la prestación de salud brindada al paciente y en los sistemas informáticos institucionales. Identificar y registrar y reportar las ocurrencias de eventos adversos a las aéreas correspondientes.

1.6.6. Servicio de rehabilitación sistema locomotor y cardiovascular

Este servicio tiene como objetivo lograr la recuperación de la función motora, restablece la coordinación neuromuscular, recuperar las capacidades y habilidades físico motoras perdidas y/o la instrumentación de nuevas para contribuir a un mayor nivel de independencia ante la realización de las actividades de la vida diaria. Mejora la calidad de vida y el nivel de satisfacción de las personas con discapacidad. Contribuye a la mejor evolución de las afecciones crónicas y mejorar la sintomatología en las fases de agudización.



Unidad Patología de Columna: Se encarga de prevenir, corregir lesiones o defectos anatómicos específicos de la columna, como controlar el dolor, mejorar la flexibilidad, el fortalecimiento y el condicionamiento funcional.

Unidad Patología Reumatológica: Se encarga de tratar las enfermedades reumáticas que generan rigidez, inflamación y pérdida de la función en las articulaciones, con el propósito de mejorar el proceso de dolor crónico, generalizado, de localización osteomuscular.

Unidad Patología Oncológica: Se encarga de la prevención de las complicaciones del paciente con cáncer.

U**nidad Cardio – Respiratoria.** Se encarga de mejorar la capacidad funcional cardio respiratoria posterior a un evento cardiaco, con cambios de estilo de vida y prevenir recidiva.

Unidad de amputados: se encarga de la rehabilitacion funcional pre protésica y protésica de un paciente con una amputación para alcanzar una vida independiente.

Unidad de rehabilitación Laboral: se encarga de la reincorporación laboral del paciente.

1.6.7. Funciones del Psicólogo en Rehabilitación

a. Fase Funcional: Brindar atención profesional al paciente

- Interpretar la prescripción médica.
- Consultar la historia clínica del paciente para obtener información necesaria para el abordaje psicológico.
- Desarrollar la entrevista psicológica para determinar el riesgo, el impacto emocional y las fases de adaptación a la discapacidad del paciente.

- Elaborar la historia clínica psicológica.
- Realizar la evaluación Psicológica. (Nivel intelectual, funciones cognitivas, emocionales y otros aspectos).
- Evaluar el nivel madurativo, especialmente en adolescentes.
- Evaluar las situaciones-problema relacionadas con el aprendizaje (perturbaciones emocionales relacionadas con el medio familiar y escolar, inhibición del aprendizaje, etc.)
- Evaluar los componentes psicosociales estresantes del paciente con respecto a la adaptación a su discapacidad.
- Evaluar la personalidad previa, aspectos sanos, la descompensación psíquica actual producida por la discapacidad, cualidades potenciales, que coadyuven a la recuperación, y la reestructuración de su rol socio-laboral.
- Evaluar las motivaciones, ansiedades y conflictos que genere en el paciente la internación, uso de prótesis, silla de ruedas, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Evaluar la estructura y funcionalidad de la relación de pareja y el contexto familiar del paciente.
- Aplicar Pruebas Psicológicas de inteligencia, personalidad y orientación vocacional.
- Realizar la calificación y análisis de las pruebas psicológicas.
- Determinar el diagnóstico psicológico del paciente.
- Efectuar el pronóstico psicológico, de colaboración del paciente y su grupo familiar en el tratamiento de rehabilitación.
- Efectuar psicoterapia individual.
- Realizar psicoterapia grupal.
- Desarrollar terapia de pareja y familia.
- Aplicar terapia para la rehabilitación psicosexual.
- Efectuar terapia de rehabilitación cognitiva.
- Efectuar orientación psicológica al paciente para elaborar un nuevo proyecto vital, acorde con su limitación, en el área laboral, vocacional, recreativa, en pareja y familiar.

- Realizar orientación psicológica a los cuidadores del paciente.
- Desarrollar programas terapéuticos específicos para las unidades de rehabilitación a efecto de mejorar la percepción constructiva de la vida del paciente con alguna discapacidad.
- Planificar, organizar y ejecutar la escuela de padres.
- Orientación Psicopedagógica
- Coordinar grupos de tratamiento psicopedagógico, especialmente con adolescentes que presentan una problemática común.
- Asesorar a los sectores en que el paciente efectúa diferentes tipos de aprendizaje (escuela-hospital).
- Aplicar terapias de pre-alta y coordinar grupos de orientación en pacientes con enfermedades homogéneas.
- Consignar la información de la especialidad en el registro correspondiente de la historio clínica.
- Determinar el alta psicológica.
- Atender Interconsultas.
- Realizar el seguimiento psicológico.

➢ **Participar como profesional en el equipo de Rehabilitación.**

- Participar en las reuniones de las unidades de Rehabilitación.
- Intercambiar opinión respecto de la evaluación y orientación, en función del plan de tratamiento general.
- Evaluar situaciones de conflicto producidas en el paciente en relación a su vínculo con los profesionales que lo asisten.
- Dar opinión específica de su profesión, respecto de la conducción adecuada del paciente y su grupo familiar.
- Exponer los aspectos de conflicto que pueden incidir en la colaboración del paciente con su tratamiento.
- Indicar las motivaciones y áreas de interés del paciente, que puedan ser instrumentados en beneficio de su tratamiento.

- Sugerir los tipos de estimulación que requiere el paciente, en función de su grado de independencia, iniciativa y/o dependencia.
- Explicar el grado de tolerancia a la frustración que tiene el paciente a fin de encarar y dosificar la información que se le brinde acerca de sus posibilidades de rehabilitación.
- Coordinar acciones de evaluación y tratamiento con profesionales de otras especialidades, integrantes del equipo.
- Realizar talleres de desarrollo personal con los profesionales que integran los equipos de rehabilitación.
- Dar opinión específica de su profesión respecto a la etapa evolutiva real del paciente para que tal información sea instrumentada por el equipo en beneficio del tratamiento integral, actitud del paciente frente a la situación de aprendizaje.

➢ **Administrar el área de psicología de la Rehabilitación**

- Organizar el área.
- Programar, coordinar, evaluar y comunicar las actividades propias de su profesión.
- Informar respecto del objetivo de la orientación psicopedagógica, estado y necesidades del paciente.
- Coordinar actividades tales como: registro estadístico de prestaciones, archivo de registro de entrevistas psicológicas, pedido de material, etc.
- Expedir informe psicológico.
- Registrar el parte diario de atención psicológica.
- Elaborar y seleccionar material evaluativo.
- Participar e intervenir en las reuniones administrativas del Servicio.
- Participar en la elaboración de guías, protocolos y otros instrumentos técnicos normativos.

- Adaptar, estandarizar y aplicar técnicas e instrumentos psicopedagógicos para evaluación, diagnóstico y tratamiento de adolescentes.
- Diseñar y aplicar el Plan de Trabajo Anual.
- Participar y desarrollar Cursos de Capacitación.

➢ **Otras actividades**

- Participar en las actividades preventivo-promociónales.
- Participar en los programas de RBC.
- Proponer y desarrollar trabajos de investigación.
- Aplicar talleres de tipo preventivo dirigido a usuarios de bajo riesgo, familia y comunidad.

b. Fase: Rehabilitación Laboral:

- Realizar evaluaciones para determinar las capacidades, competencias, y el perfil de personalidad con énfasis en los intereses, las habilidades y potencialidades laborales del paciente.
- Identificar y valorar las habilidades de la adaptación laboral.
- Realizar la orientación laboral
- Calificar los intereses, experiencia laboral y aptitudes vocacionales del paciente para su orientación, capacitación y aprestamiento laboral.
- Establecer el perfil de competencias educativas del paciente.
- Conocer las tendencias del mercado laboral.
- Realizar la valoración de las capacidades laborales del usuario con la finalidad que pueda identificar, obtener, mantener y/o mejorar un trabajo de acuerdo a sus expectativas profesionales y personales.
- Efectuar el análisis de puesto
- Orientar las capacidades del paciente.

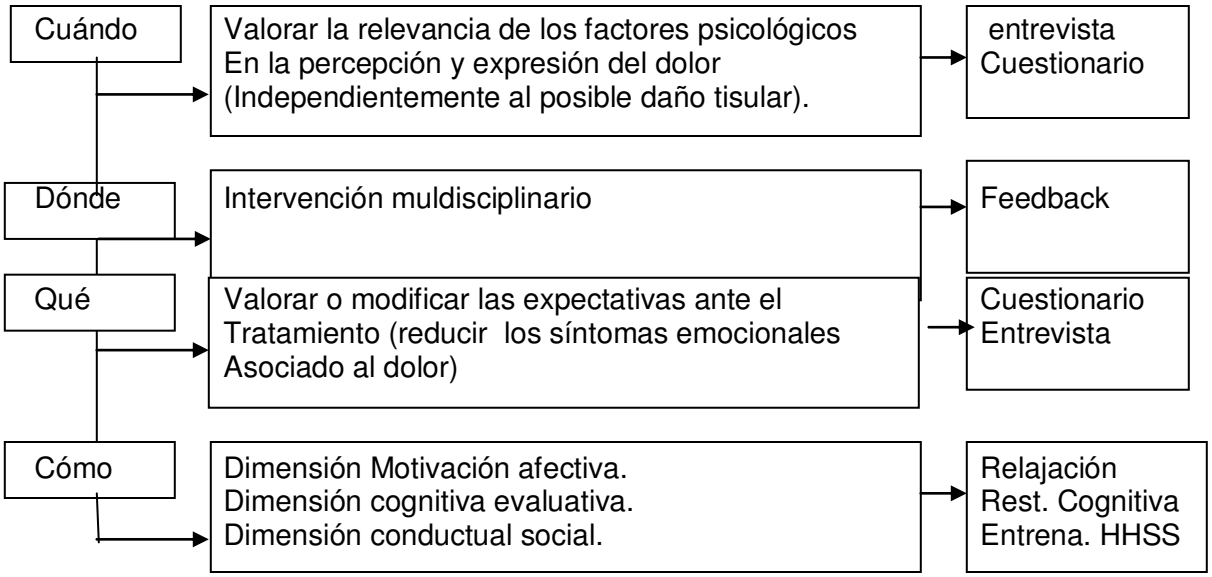
1.6.7. Procedimientos

<table>
<tr><td colspan="2">GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA
INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL</td><td>CÓDIGO</td></tr>
<tr><td colspan="2">EVALUACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: Intervención psicológica en el paciente con discapacidad física para ser evaluado para su reincorporación sociolaboral.</td><td>Responsable:
Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Evaluar las competencias y capacidades para su inclusión al área sociolaboral.</td><td>Requisitos:
Cita de atención.
Asegurado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Materiales: papel bond A4, lapiceros, lápices, papelógrafos, transparencias, radiograbadora, CDs, plumones y mota de pizarra acrílica, pruebas psicológicas.</td></tr>
<tr><td>Nº Pasos</td><td colspan="2">Descripción</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Paciente derivado por equipo multidisciplinario.</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Realizar entrevista al paciente, familiar o tutor responsable.</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Evaluar las competencias y capacidades del paciente.</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="2">Realizar el perfil psicológico.</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Coordinación con el equipo interdisciplinario para la toma de decisiones según los resultados obtenidos.</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">Orientación sociolaboral.</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Integrarlo al programa laboral de inclusión de acuerdo a su perfil.</td></tr>
</table>

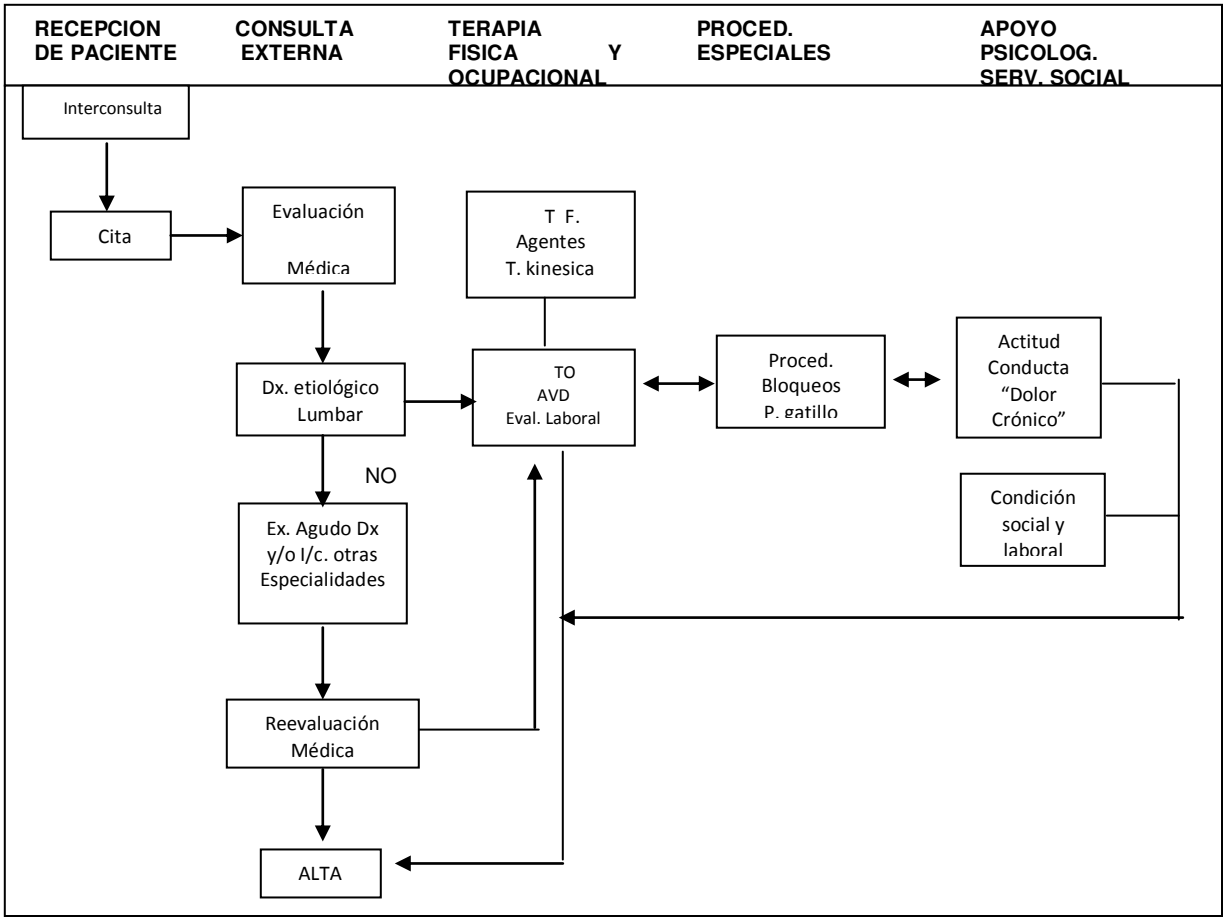
<table>
<tr><th colspan="2">GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA</th></tr>
<tr><td>INTERVENCIÓN EN HABILIDADES PARA LA VIDA</td><td>Responsable:
Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: Actividades y procedimientos especializados que realiza el profesional psicólogo para desarrollar y/o reforzar aptitudes y destrezas que permitan un comportamiento adecuado y positivo para enfrentar eficazmente los retos y desafíos de la vida diaria.</td></tr>
<tr><td>Objetivos:
Empoderar y fortalecer las competencias individuales:
• Habilidades Sociales.
• Habilidades Cognitivas.
• Habilidades para el Control de Emociones.</td><td>Requisitos:
Cita de atención.
Entrevista y Evaluación previa.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Materiales: Ambiente cerrado y ventilado, sillas, pizarra y plumones acrílicos, útiles de escritorio, retroproyector, equipo de sonido.</td></tr>
<tr><th>Nº Pasos</th><th>Descripción</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Primera Sesión.
• Recepción y registro de asistencia.
• Dinámica de presentación.
• Pre test.
• Autoconocimiento.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Segunda Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Pensamiento Creativo.</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Tercera Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Pensamiento Crítico.</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Cuarta Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Manejo de Emociones.</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Quinta Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Solución de Problemas.</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Sexta Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Manejo del cuerpo.</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Sétima Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Asertividad.</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Octava Sesión.
• Dinámica Grupal.
• Toma de Decisiones.
• Post test.
• Dinámicas de cierre.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA</td><td>Código:</td></tr>
<tr><td colspan="2">INTERVENCIÓN EN MANEJO DEL ESTRÉS</td><td rowspan="2">Responsable:
Psicólogo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Definición: Intervención psicológica especializada dirigida a pacientes en riesgo o daño psicológico primario de estrés, mediante procedimientos psicoterapéuticos aplicados en ocho sesiones.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:
Lograr el manejo adecuado de los niveles de estrés que le permita conducirse con equilibrio y disfrute de las actividades en su entorno familiar y social.</td><td>Requisitos:
Cita de atención.
Evaluación previa.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Materiales: Ambiente cerrado ventilado, sillas, pizarra y plumones acrílicos, retroproyector, equipo de sonido.</td></tr>
<tr><td>Nº Pasos</td><td colspan="2">Descripción</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Primera Sesión.
• Recepción y registro de asistencia.
• Dinámica de presentación.
• Psicoeducación: Estrés.
• Video.
• Plenaria.</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Segunda Sesión.
• Dinámica de animación e integración.
• Respiración diafragmática.
• Respiración cuatro por cuatro.</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2">Tercera Sesión.
• Técnica de relajación Bioenergética (masoterapia).</td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="2">Cuarta Sesión.
• Dinámica de Integración.
• Técnica de relajación de Jacobson.
• Técnica de relajación de Schultz.</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="2">Quinta Sesión.
• Dinámica de Integración.
• Imaginería.
• Relajación Profunda.</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="2">Sexta sesión.
• Terapia a nivel cognitivo.
• Reconocimiento y manejo de pensamientos distorsionados.</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="2">Sétima Sesión.
• Dinámica de comunicación.
• Asertividad.</td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="2">Octavo Sesión.
• Dinámica de Conflictos.
• Solución de Problemas.
• Dinámicas de cierre.</td></tr>
</table>

Esquema: Guía para el manejo del dolor:



MANEJO DE REHABILITACION EN COLUMNA



i. Estadísticas de Psicología en el área de Rehabilitación

Tabla 5. Número de actividades atendidas en el 2013

ACTIVIDAD	TOTAL
1. Atención Psicológica (C. Ext.)	478
2. Procedimientos Terapéuticos	969
3. Actividades sanitarias	466
4. Actividades administrativas	480

Figura 5. Número de actividades atendidas en el 2013

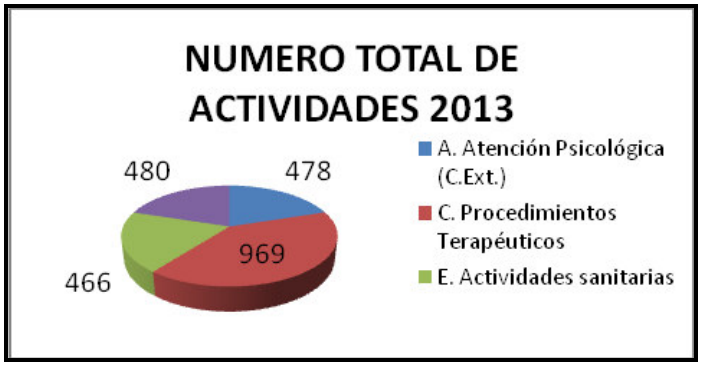


Gráfico 5. Porcentaje de actividades atendidas en el 2013

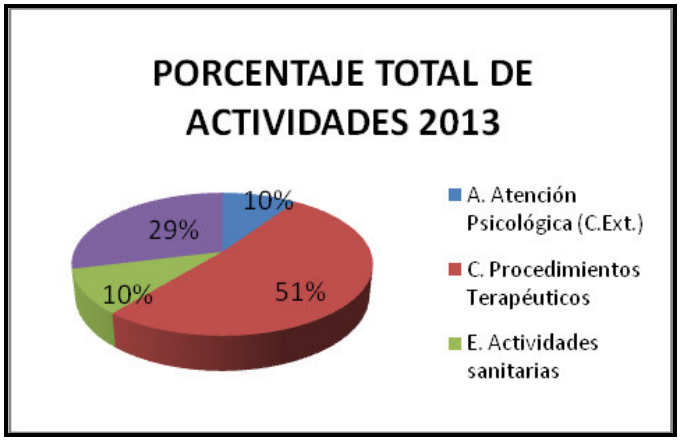


Tabla 6. Número de consultas asistenciales atendidas en Rehabilitación - 2013

ACTIVIDAD	U. MEDIDA	TOTAL
A. Atención Psicológica		
1. Atención ambulatoria (C. Ext.)	ATENCION	478
C. Procedimientos Terapéuticos		
1.Terapia Individual	SESION	855
2.Terapia de Pareja	SESION	12
3.Terapia de Familia	SESION	10
4.Terapia Grupal	SESION	92

Figura 6. Número de consultas asistenciales atendidas en Rehabilitación - 2013

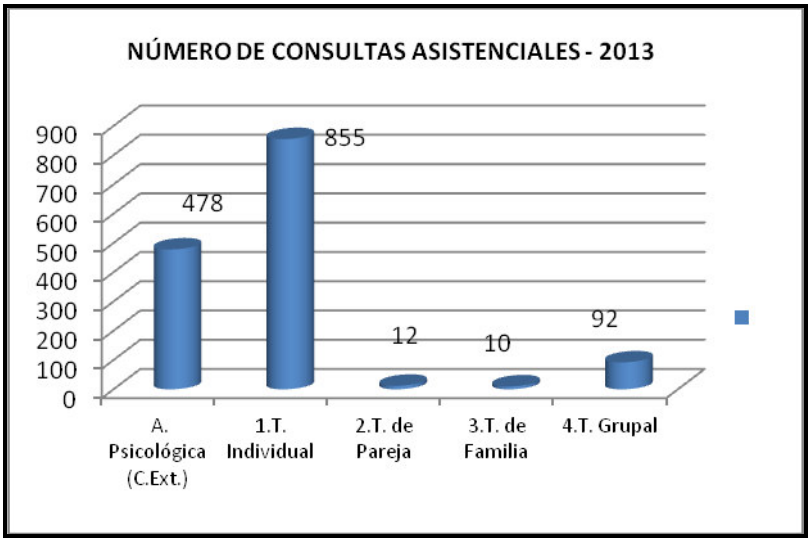


Gráfico 6. Porcentaje de consultas asistenciales atendidas en Rehabilitación - 2013

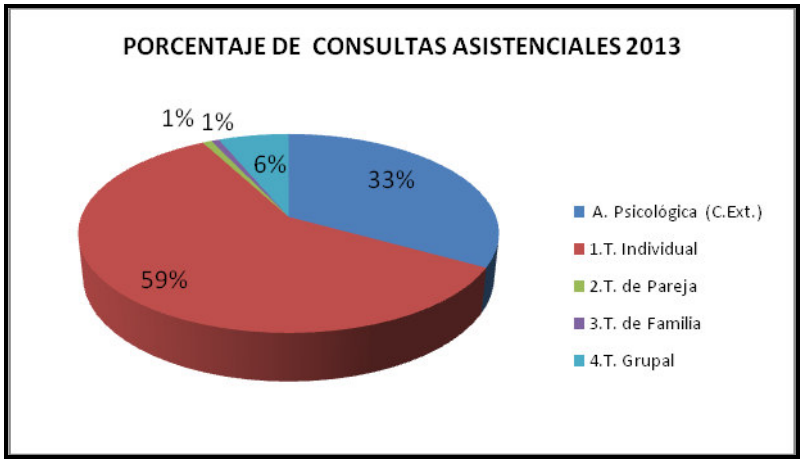


Tabla 7. Número de consultas de procedimientos atendidas en Rehabilitación – 2013

UNIDADES	Terapia Individual	Terapia Pareja	Terapia familiar
Amputados	82	0	1
C.A.	189	5	5
Cardiología	134	3	1
Columna	296	3	3
Reumatología	62	1	0
Otros	93	0	0
Total	855	12	10

Figura 7. Número de consultas de procedimientos atendidas en Rehabilitación – 2013

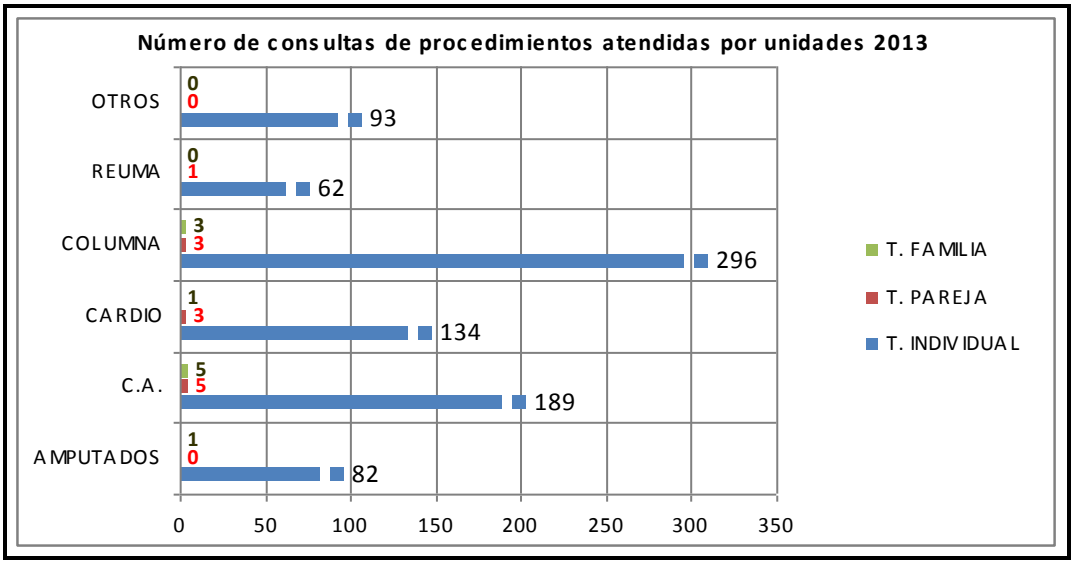


Gráfico 7. Porcentaje de consultas de procedimientos atendidas en Rehabilitación – 2013

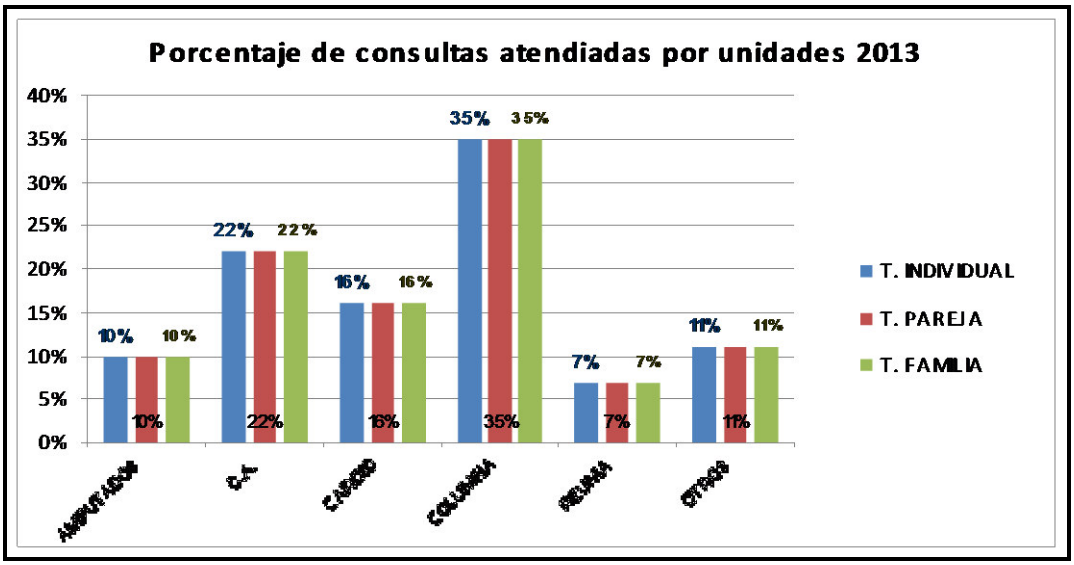


Tabla 8. Número de terapias de grupos por unidades atendidas en Rehabilitación – 2013

UNIDADES	Terapia Grupal
Amputados	1
C.A.	12
Cardiología	22
Columna	42
Reumatología	15
Total	92

Figura 8. Número de terapias de grupos por unidades atendidas en Rehabilitación – 2013

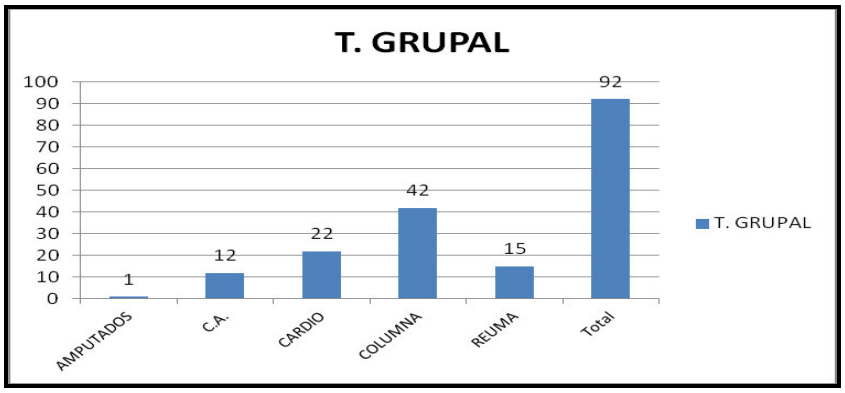
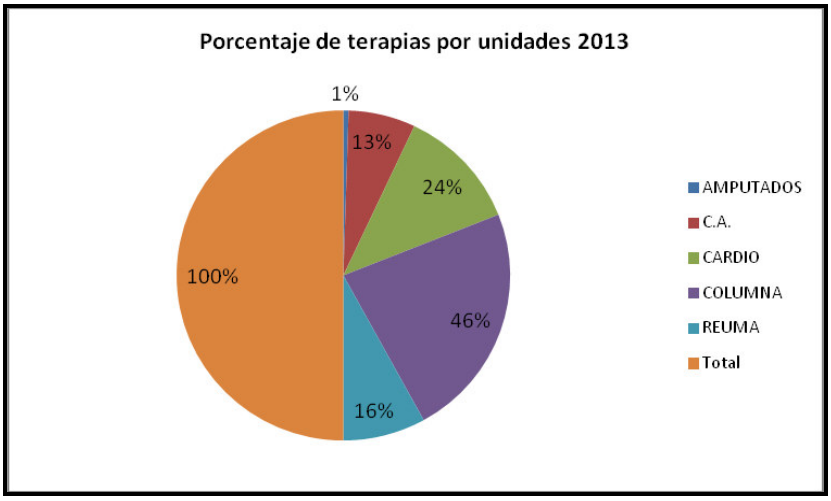


Gráfico 8. Porcentaje de terapias de grupos por unidades atendidas en Rehabilitación – 2013



- **Tipo de población en Rehabilitación**

Tabla 9. Número de consultantes nuevos según la edad – 2013

EDADES	Cantidad
14-20	7
21-30	10
31-40	71
41-50	82
51-60	118
61-70	103
71-80	77
81-91	10
Total	478

Figura 9. Número de consultantes nuevos según la edad – 2013

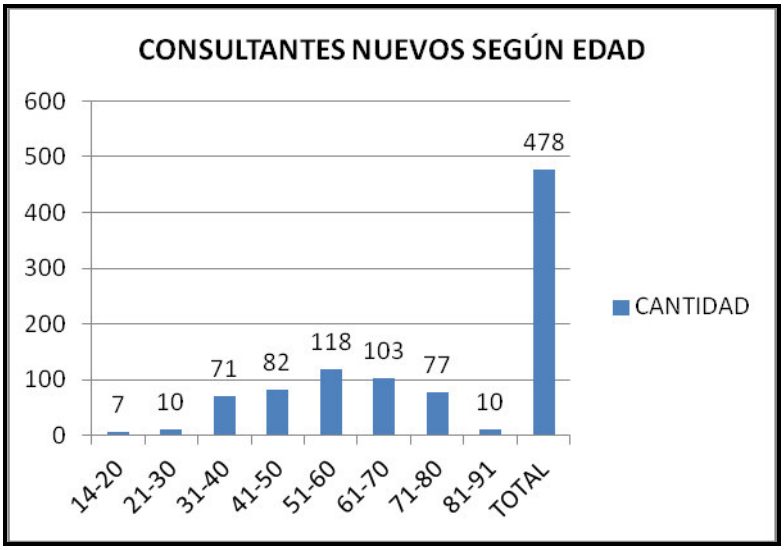


Tabla 10. Número de consultantes nuevos según la edad y por género -2013

EDADES	F	M
14-20	2	5
21-30	8	2
31-40	49	22
41-50	57	25
51-60	81	37
61-70	53	50
71-80	41	36
81-91	2	8
Total	293	185

Figura 10. Número de consultantes nuevos según la edad y por género -2013

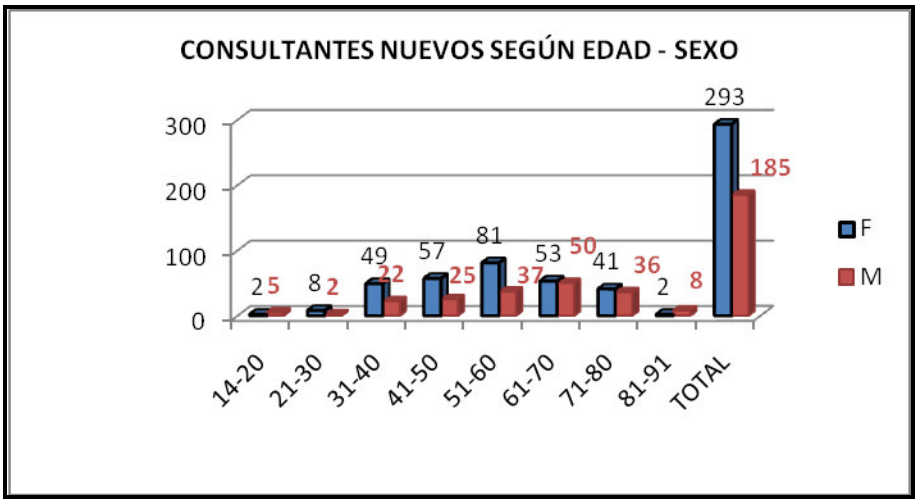


Tabla 11. Número de consultantes nuevos según la Unidad -2013

UNIDADES	Total
Amputados	36
C.A.	71
Cardiología	93
Columna	222
Reumatología	52
Otros	4
Total	478

Figura 11. Número de consultantes nuevos según la Unidad -2013

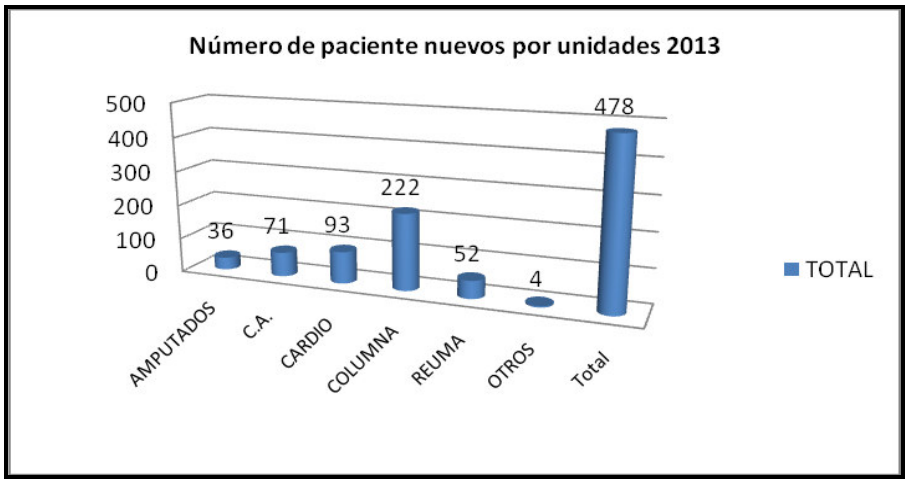


Tabla 12. Número de pacientes nuevos según clasificación CIE 10 -2013

DIAGNOSTICO	COD	F	M	Total General
Trastorno de Adaptación	F43.2	247	157	404
Trastorno Mixto y Depresión	F41.2	26	12	38
Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	2	0	2
Episodio Depresivo	F-32	1	2	3
Retardo Mental Leve	F.70	1	0	1
Otros	Otros	16	14	30
Total	Total	293	185	478

Figura 12. Número de pacientes nuevos según clasificación CIE 10 -2013

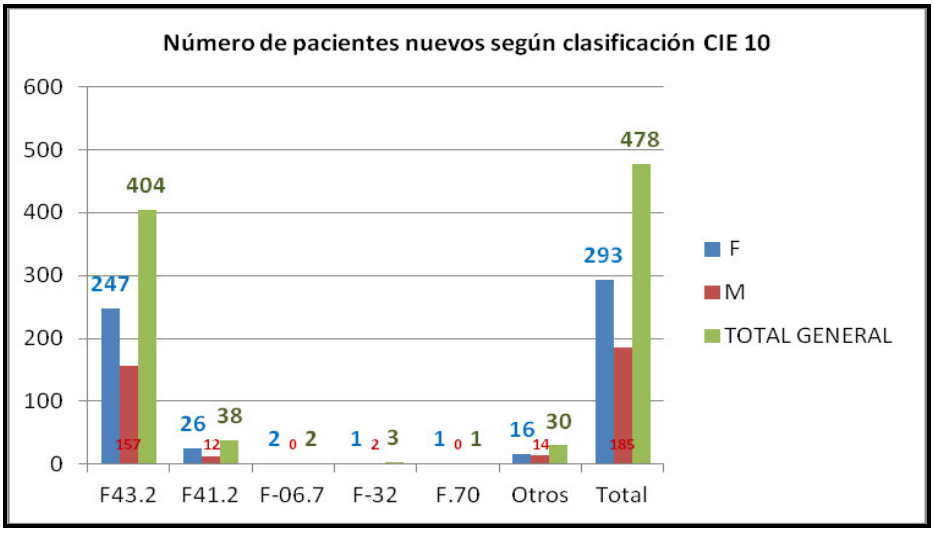
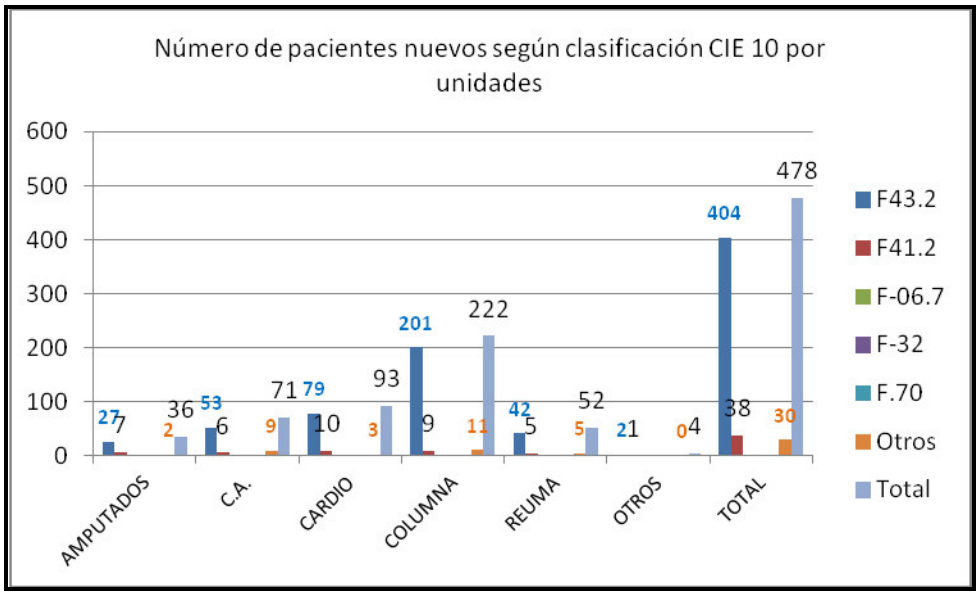


Tabla 13. Número de pacientes nuevos distribuidos por unidades y según clasificación CIE 10 -2013

DIAGNOSTICO	COD	Amputados	C.A.	Cardiología	Columna	Reumatología	Otros	Total
Trastorno de Adaptación	F43.2	27	53	79	201	42	2	404
Trastorno Mixto y Depresión Ansiedad	F41.2	7	6	10	9	5	1	38
Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	0	2	0	0	0	0	2
Episodio Depresivo	F-32	0	1	1	1	0	0	3
Retardo Mental Leve	F.70	0	0	0	0	0	1	1
Otros	Otros	2	9	3	11	5	0	30
Total		36	71	93	222	52	4	478

Figura 13. Número de pacientes nuevos distribuidos por unidades y según clasificación CIE 10 -2013

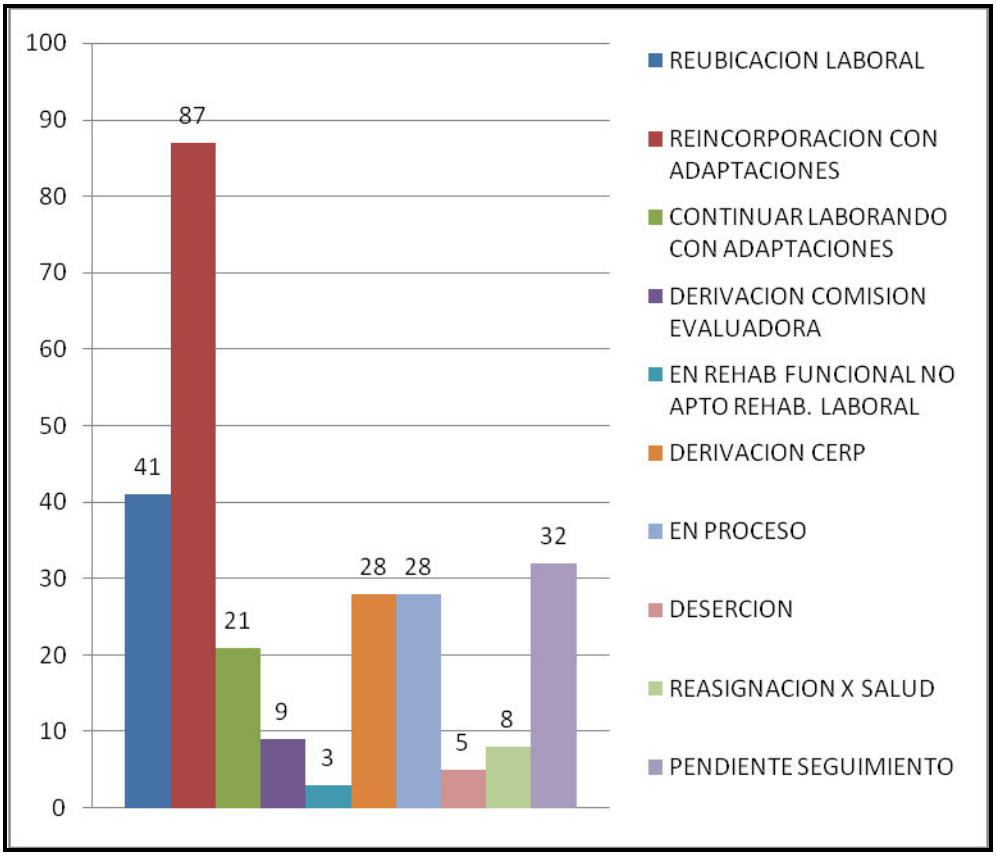


Actividades de la Reinserción Laboral

Tabla 14. Número de pacientes según el proceso de Rehabilitación Laboral -2013

RESULTADOS	Nro.	Porcentaje
Reubicación Laboral	41	15.65 %
Reincorporación con adaptaciones	87	33.20 %
Continuar laborando con adaptaciones	21	8.02 %
Comisión Evaluadora	9	3.44 %
Rehabilitación. funcional No APTO R.L.	3	1.15 %
Derivación al CERP	28	10.69 %
En Proceso	28	10.69 %
Deserción	5	1.91 %
Reasignación por Salud	8	3.05 %
Pendiente Seguimiento	32	12.21 %
Total	262	100 %

Figura 14. Número de pacientes según el proceso de Rehabilitación Laboral -2013



1.7. Enfoque Teórico

1.7.1. DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

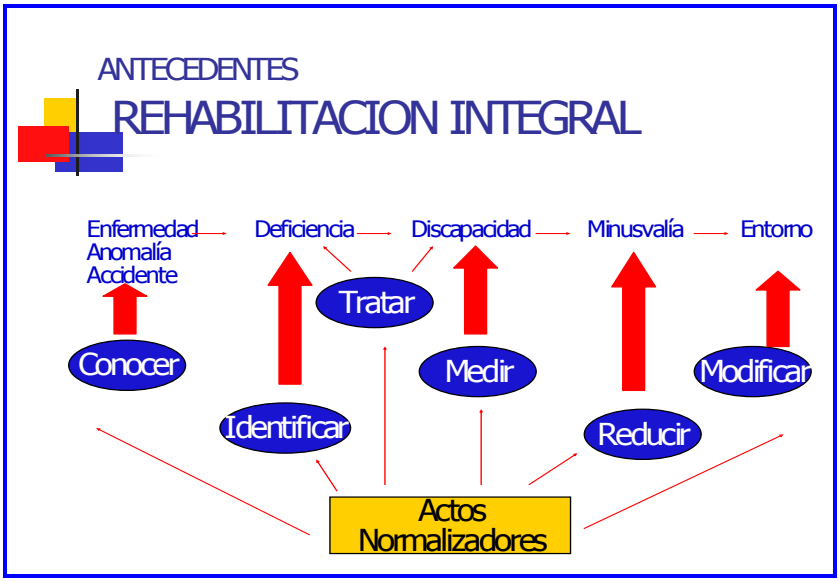
La Terapia Familiar Sistémica, de una u otra manera, con sus nuevos conceptos y epistemología ha contribuido a los nuevos cambios paradigmáticos sobre el tema de la discapacidad y su aplicación ha sido de mucha utilidad en las familias con miembros con discapacidad. La percepción que brinda el enfoque sistémico en cuanto a la totalidad ha permitido incorporar nuevos formas de intervención en los problemas que tienen que enfrentar las personas con discapacidad en el suprasistema social, en su sistema familiar y en los diversos subsistemas.

Los modelos que tiene la terapia Familiar: estructural y estratégica han aportado de manera significativa a mejorar las formas de intervención de los especialistas de la salud en los problemas familiares.

Partimos de la base de que la familia es el contexto en el que se desarrolla gran parte de la vida de la mayoría de las personas. Cuando en el seno de una familia nace un niño con una discapacidad, o una discapacidad sobreviene o le es diagnosticada a un miembro de la familia, no cabe duda de que este acontecimiento afecta a cada uno de los miembros y al conjunto. Tampoco cabe duda de que el contexto familiar es, al menos durante un buen número de años, el entorno que más va a influir sobre la persona (con o sin discapacidad).

Sin embargo, si antes de estudiar el tema de la familia de la persona con discapacidad no hacemos una reflexión sobre la familia en general, corremos el riesgo de atribuir a la presencia del hijo o miembro con discapacidad fenómenos que obedecen a otros factores y que se dan en otras familias.

En la actualidad uno de los acercamientos más usuales al mundo de la familia es el de la teoría sistémica (Freixa, 1993; Martínez, 1994; Barbagelata y Rodríguez, 1995.) que ve a la familia como un sistema abierto que interacciona con los distintos subsistemas que la componen y con su entorno y que pasa por distintas etapas. Vamos a referirnos brevemente al contexto cultural de la familia, a sus funciones y elementos y a su ciclo vital.



1.7.2. DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVA CONDUCTUAL

La terapia cognitiva conductual se ha establecido como la principal línea de tratamiento psicológico para mejorar las condiciones psicológicas del paciente que se encuentra en un proceso de rehabilitación, Su efectividad ha quedado demostrada en las investigaciones. Es un enfoque de terapia que consiste en enseñarles a las personas con discapacidad habilidades, cognitivas, emocionales y adaptativas que le permitan, cuando sea posible, programar un ambiente más reforzador y enseñarle a hacer evaluaciones verbales positivas y precisas sobre las relaciones entre su conducta y el ambiente. En este sentido, el terapeuta que utiliza técnicas cognitivas está haciendo uso de reglas que tratan de arreglar el desarreglo de otras reglas las del paciente.

El manejo de los pacientes con discapacidad es una tarea compleja. El conocimiento de técnicas específicas como el entrenamiento en relajación y autoinstrucciones, la reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, plan de actividades en el entrenamiento habilidades sociales, entre otras facilita el manejo emocional de estos pacientes y permite un apoyo fundamental en el proceso de adaptación a su discapacidad.

2. CASO CLINICO

2.1. HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE FILIACIÓN: Fecha: 31/03/14

APELLIDOS Y NOMBRES	: R. C. C.
EDAD	: 60
N° de SS	**1111111**
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: SUPERIOR COMPLETA DOCENTE
LUGAR DE NACIMIENTO	: HUARAZ
ESTADO CIVIL	: CASADA 32 AÑOS
N° HIJOS	: 2
OCUPACION	: ADMINISTRATIVO
CENTRO DE TRABAJO	: xxxxxx
PUESTO	: JEFE DE DEPARTAMENTO
INICIO DESCANSO MÉDICO	: 3/3/2014

HISTORIA MÉDICA:

DIAGNÓSTICO	: POST OPERADA - HNP- LISTESIS
TIEMPO DE ENFERMEDAD	: 2/2014

DM HACE 15 ANOS

HISTORIA PSICOLÓGICA:

ANTECEDENTES DE TTO	: No
ANTECEDENTES FAMILIARES	: No

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente derivada de la Unidad de Columna para recibir apoyo psicológico. A esta cita la acompañó su esposo Luis.

PROBLEMA ACTUAL:

La paciente refiere que tiene momentos en los cuales su carácter cambia, se siente irritable, sensible, cansada y frustrada por no poder realizar sus actividades como antes. Esto le impide atender a su hijo como estaba acostumbrada, trata de no hacerle caso al dolor continuando con sus actividades cotidianas, pero al final se tiene que recostar pues aumenta su malestar, lo cual le genera desgano, desesperanza, impotencia, ansiedad y temor de cómo va a quedar físicamente más adelante. Le cuesta aceptar su actual situación porque piensa que se va a quedar así, que no va a poder ser la misma y a veces se siente algo frustrada.

Además, está preocupada porque que su hijo no sabe cómo afrontar un tema que no domina, le cuesta socializar y ahora no está haciendo ninguna actividad. Piensa mucho en el futuro de su hijo, quien no la deja dormir bien. Se siente impotente de no poder ayudarlo y culpable por ser muy protectora. El ver a su hijo en ese estado le genera tensión, ansiedad, inquietud, tristeza, frustración y aflicción, y todo ello incrementa su malestar físico en la zona lumbar.

La paciente recuerda que su hijo desde los 3 años ha sufrido de asma. Su médico tratante recomendó que no juegue o haga esfuerzo y se le limitó en la práctica de deportes, por ello no tuvo una adecuada socialización. A los 12 años se le quitó el asma, así retomó la práctica de deportes pero todos sus compañeros le ganaban, él se sintió en desventaja, y debido a ello se dedicó más a los juegos de computadora y a mirar videos. Sus padres lo dejaron para que se sienta mejor. Con el tiempo, estas actividades se fueron acentuando. En quinto año de secundaria tuvo una crisis por estar mal en los estudios y por el miedo a desaprobar el año al dedicarse más a los juegos. Como los padres trabajaban, ellos no podían controlarlo y cuando lo hacían, él se molestaba. Intentaron que dejara el juego pero no pudieron. Debido a la crisis lo llevaron al psicólogo pues su hijo les dijo que sentía que no era él. El profesional que lo evaluó recomendó llevarlo al psiquiatra, quien le diagnosticó, en un inicio, un problema de conducta. Estuvo internado durante 10 días porque hablaba a una velocidad extrema, estaba muy activo y con insomnio, al final les informaron que tuvo un cuadro bipolar. El esposo tuvo que dejar de trabajar para cuidar a su hijo.

Después de un año de tratamiento, su hijo logra una mejoría e ingresa a la UTP. El primer ciclo lo realizó bien pero después refirió que no se concentraba, se puso mal, lloraba y dejó los estudios cuando no pudo aprobar algunos cursos. Luego entró a CIBERTEC para estudiar redes y comunicaciones, la psicóloga del centro refirió que no lo veía bien emocionalmente. Después, hizo sus prácticas y al poco tiempo sus padres lo notaron mal, les comentó que en ese lugar le hacían problemas y que él no hacía bien las cosas, por eso dejó el trabajo. Posteriormente, entró a trabajar en otro lugar donde sólo permaneció por tres meses. Al poco tiempo, empezó con los temores, pensaba que no era un buen estudiante, se atormentaba con sus ideas y terminó con un cuadro de depresión.

El esposo refiere que su hijo tenía un problema en la vista, tenía como una especie de parálisis que se solucionó y actualmente ese defecto no se nota pero necesita lentes. Cuando era niño sus compañeros se burlaban de él, le decían virolo. Debido a ello y a la influencia de un compañero se inició en el juego. El padre se fue a trabajar a los EEUU y regresó porque su hijo sufrió un cuadro psicótico. El último especialista les dijo que su hijo tiene problemas de conducta, que le cuesta asumir responsabilidades y no socializa bien.

Su hijo les ha manifestado que quiere dejar la vida cómoda que hasta ahora tiene, desea asumir sus responsabilidades pero no sabe cómo, tiene temor y desgano. Está intentando dejar el juego hace cuatro meses pero su estado depresivo no lo ayuda. Asimismo, el esposo manifestó estar preocupado por su esposa a quien ve sufrir por el problema de su hijo y porque no está manejando bien su dolor de columna.

SÍNTOMA PRINCIPAL: Ansiedad, impotencia y depresión por la enfermedad de su hijo.
INICIO: Hace dos meses al ver a su hijo nuevamente deprimido, sin hacer nada, pensativo y aislado. Hace una dos semanas comenzó su rehabilitación y en plena sesión de terapia física sintió mareos, sensación de falta de aire, opresión en el pecho y hormigueo en la espalda, eso síntomas lo asoció a su mal de columna, al esfuerzo físico y poco a poco se sobrepuso.
CURSO: Progresivo.
INTENSIDAD: Leve a moderado. A veces la preocupación no le permite hacer sus actividades cotidianas**.**
DURACIÓN: A veces dura una a dos horas.

FRECUENCIA: Casi todos los días.

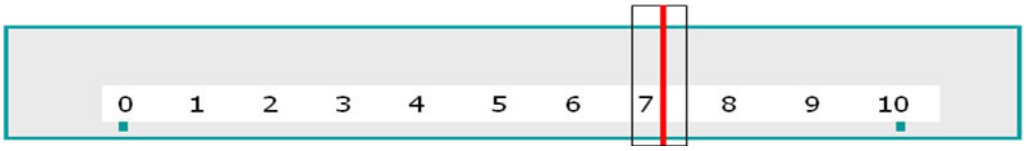
SÍNTOMAS SECUNDARIOS: Tensión, irritabilidad y frustración por su limitación física.
INICIO: Progresivo. Empezó a sentirse impotente al no poder realizar sus actividades como antes.
CURSO: Hace un mes.
INTENSIDAD: Moderado.
DURACIÓN: De 20 a 30 minutos.
FRECUENCIA: En cualquier momento al estar relacionado con la aparición del dolor.

Evaluación del Dolor:

Escala Analógico Visual (EVA):



Escala numérica



IMPACTO PSICOLÓGICO:

El dolor tiene un efecto significativo sobre el momento actual de su vida familiar debido a que ha generado una limitación física y un desajuste emocional, manifestando sentimientos de frustración, sensibilidad, ansiedad y de inutilidad. De tal manera que su rol materno se ha visto mermado para afrontar apropiadamente el problema de salud de su hijo. Además, ha repercutido en su ámbito laboral, porque antes de su intervención se le presentó una mejora laboral, la que se ha visto interrumpida por su dolencia y el descanso médico prolongado. Esto le genera sentimientos de frustración y miedos sobre el futuro al pensar en la probabilidad de que su mal no le permita desempeñarse

adecuadamente en la nueva función y pierda esta gran oportunidad. El impacto emocional también se refleja en su estado de salud: siente una disminución física que limita su capacidad para realizar sus actividades como antes, experimentando respuestas de estrés e irritabilidad. Tiene posibilidad de recuperación.

PROCESO DE ADAPTACIÓN:

Le cuesta aceptar su enfermedad, lo que interfiere en su proceso de ajuste emocional. Está en el proceso de rechazo o negación porque a veces actúa desafiando al dolor, al olvidar los cambios en los hábitos de postura, en la fase de cólera porque se irrita con facilidad al notar que su dolor interfiere en su desenvolvimiento habitual lo que a veces la hace pensar que es una inútil y una carga para la familia; por último, por la depresión percibe que el dolor supera sus propias posibilidades para hacerle frente, como también, al tener una expectativa pesimista sobre la mejoría del dolor a corto plazo con una marcado nivel de ansiedad.

EFECTOS PSICOSOCIALES:

FAMILIA:
Su malestar ha generado un temor de no poder satisfacer las necesidades de su familia, como también el miedo a depender de ellos y causarles molestias y esfuerzos. Se ha producido cambios en el rol familiar por las nuevas necesidades de cuidado para la paciente, que le generan sentimientos de inutilidad, culpa y cólera.
TRABAJO:
Preocupación por temor a la pérdida del rol productor, de su puesto de trabajo así como de su estatus social.
SOCIAL:
Disminución de sus actividades sociales, prefiere evitar el contacto interpersonal por temor a inspirar pena o compasión.

En una escala de 1 a 5 (en que 1 sería nada o muy poco y 5 muchísimo), ¿En qué medida considera que estas manifestaciones le afectan en su vida cotidiana?

Psicosociales		Social	Salud	Trabajo	Familia
escala	1	2	3	4	5

FACTORES POSITIVOS DEL PACIENTE:

La paciente es consciente de su problema, piensa con claridad y se enfrenta a los problemas a pesar de las presiones emocionales que experimenta. Tiene un adecuado nivel de comprensión, así que es capaz de reconocer la necesidad de generar cambios y busca el modo de lograr soluciones. Es receptiva, analítica y es persistente en la consecución de sus objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos. Cuenta con recursos psicológicos individuales, tiene apoyo familiar y social.

A la evaluación clínica:

Impresión diagnóstica
F43.2

Recomendaciones:
Terapia familiar
Terapia individual
Terapia grupal

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Familia de Nuclear

Ella se casó en 1980, después de 9 años de enamorados y uno de noviazgo que fueron buenos, su esposo actualmente tiene 62 años y se dedica a los negocios. La relación al principio fue buena, pero con el transcurrir de los años tuvieron problemas porque a él le gustaba tomar. Actualmente, la relación entre ellos ha mejorado, es cordial, algo cariñosa y cercana, a veces discuten por acuerdos en la forma de relacionarse con su hijo menor. Por lo general, ella se encarga de las cosas del hogar, él se preocupa por la parte económica y ahora se está involucrando más en la familia. El carácter de su esposo es

fuerte, se enoja con facilidad, desea tener siempre la razón, se defiende bien cuando ella le reclama por alguna cosa, es machista, autoritario, orgulloso, soberbio, vanidoso, impulsivo, crítico, acostumbrado a ser el jefe. Es buena persona, tuvo un problema en su empresa al caerse un carro y quedó mal, ella asumió la parte económica.

Esposo	Luis		
Procedencia	Huaraz	**Familia**	Familia de clase media de Lima.
Relación	Su relación actual es cordial, afectuosa y de respeto, pero últimamente discuten por la forma de cómo están afrontando la enfermedad de su hijo, por lo general ella se encarga de las cosas del hogar y de su hijo. En algunos momentos la pareja cae en una disputa por defender cada uno su posición en relación a cómo deben actuar ante la conducta inadecuada del hijo. Él no quiere hacer sus cosas personales ni domésticos, ni salir a la calle, no desea buscar trabajo y no acepta que necesita ayuda. Ellos entran en desacuerdos, tensión y terminan por distanciarse. Ambos, cada uno a su manera mantiene una conducta sobreprotectora que no hacen sentir a su hijo una persona adulta.		

Carmen: Está comprometida con su trabajo y la crianza de sus hijos; sin embargo, tiene dificultades a nivel familiar, se percibe como una madre muy responsable, sobreprotectora, con temores, se siente responsable de lo le pueda ocurrir a su hijo y está constantemente pendiente de su comportamiento. Le preocupa su salud y la de su familia, así como el futuro de su hijo. Estas ideas aparecen frecuentemente, se queda pensando en eso y se aflige. En cuanto a la relación de pareja, esta va bien, ahora se entienden mejor, hay confianza, comunicación aunque en algunos momentos es ella la que cede para evitar discusiones, las cuales son mucho menos frecuentes que antes; aunque, a veces vuelven recuerdos de situaciones inconclusas del pasado y los temores del futuro en la vida de su hijo que retornan a la memoria de ellos como reproche. En el aspecto interpersonal: “Soy sociable, converso con todos en mi trabajo y me llevo muy bien, no creo caerle mal a nadie; sin embargo, a veces pienso en el que dirán, procuro ser atenta y apoyar al que me lo solicite. En lo relacionado al trabajo, soy bastante responsable”.

Nombre	Carmen	**Estado Civil**	Casada
Instrucción	Superior Completa	**Trabajos**	Empleada
Auto-descripción	Carmen se describe como una persona luchadora, tímida, reservada, responsable, ordenada, perseverante, analítica, tiende a ser exigente con ella misma, rígida, busca la perfección, es vehemente, ansiosa, es sensible, ve algo y lo somatiza, se molesta con facilidad, es muy intuitiva y se anticipa a las cosas, quiere controlar que todo esté perfecto y que la gente vaya a su ritmo. Antes trataba que el tiempo le alcance, se agotaba mucho pero ahora por su dolor prioriza las cosas y no se desgasta mucho. Hay momentos que es inquieta, ahora con menos energía, le abruma que no pueda desarrollar sus actividades con rapidez y como antes. Se preocupa con facilidad, piensa mucho por qué ha bajado su ritmo de vida, le gusta estar siempre haciendo algo, tiene un alto sentido de responsabilidad.		
¿Con quién vive?	En la actualidad vive con su esposo y su hijo menor en una casa en el distrito de la Molina.		
Estado físico y estilos de vida	Tiene problemas de salud, padece de Diabetes y acude a un tratamiento de rehabilitación. Mantiene un estilo de vida saludable, come a sus horas, no toma ni bebe alcohol; sin embargo, sus relaciones sociales están reducidas por su dolencia física y se centra ahora más en su familia y en su trabajo.		

Su hija mayor es María de 30 años, casada, no tiene hijos, es ingeniera de medio ambiente. Ella es de carácter alegre, buena, feliz, proactiva, emocionalmente tiende a ser estable pero a veces es algo tensa.

Hija	María			**Actividad**	Profesional
Procedencia	Lima	**Familia**	Clase media de Lima.		
Descripción	“Mi hija es muy madura, a veces me sorprende con sus comentarios”; además, “Es muy práctica, sincera y ahora está feliz por su reciente matrimonio”. Refiere que presenta un buen desempeño en el ámbito				

Descripción	laboral, es responsable con sus obligaciones y está muy considerada por sus jefes.
Relación	Poseen una buena relación, salen con frecuencia y más en vacaciones; no suele haber conflictos con su hija aunque en ocasiones ella le hace observaciones sobre su actitud sobreprotectora que tiene con su hermano. En ocasiones le insiste –e incluso obliga- a que se dedique más a ella.

Su último hijo se llama Manuel, de 26 años, soltero, actualmente en tratamiento psiquiátrico por un cuadro Bipolar, desde pequeño tuvo problemas emocionales, dificultad para socializarse y es muy reservado. Su esposo lo criticaba mucho, él era duro, exigente, lo avergonzaba, le decía que debe ser un triunfador como él. Su hijo es como ella, intranquilo, introvertido, solitario, retraído y callado.

Hijo	Manuel			**Actividad**	Estudiante
Procedencia	Lima	**Familia**	Clase media de Lima		
Descripción	"Mi hijo es un chico con problemas", "A veces no me obedece, si le digo que haga algo para salir de su rutina no lo hace y evita enfrentar los problemas"; por lo general, presenta un comportamiento retraído, dependiente, temeroso y sus relaciones sociales no son satisfactorias. Está algo acostumbrado a que su madre asuma la mayor parte de las labores en el hogar, en ocasiones es demasiado "exigente con ella", le solicita cosas especiales, le cuesta levantarse en las mañanas para atender sus obligaciones, a veces utiliza su enfermedad como una justificación para no realizar las cosas que le corresponden a un chico de su edad. Actualmente no estudia ni trabaja y suele ser desobediente.				
Relación	Poseen una relación muy cercana y fusionada, la paciente considera a su hijo como el más débil de la familia y que por eso debe apoyarlo en todo. Existen discusiones con él porque no desea asumir responsabilidades. En algunas ocasiones la madre complace algunos caprichos requeridos por él y recibe una serie de beneficios secundarios.				

Familia de origen:

Su Madre de nombre Beatriz, fue docente y falleció a los 74 años de cáncer al hígado. Ocurrió cuando la paciente tenía 45 años y en ese momento le afectó mucho. Pasó un mes de proceso de duelo, se deprimió pero se recuperó pronto. Su madre se quedó viuda a una edad joven, tuvo que reunir a sus hijos para darles nuevos roles, reordenar la parte económica y el sistema familiar. Su madre se dedicó a tejer y a vender ropones de lana.

Madre	Beatriz	**Actividad**	Profesora
Descripción	El carácter de su madre fue fuerte, dominante, se cegaba cuando sus hermanos no hacían caso, ha visto cómo los castigaba, la paciente por temor al castigo trataba de no causar problemas. A ella le pegó una sola vez. Le tenía mucho respeto porque era recta y exigente pero también cariñosa. Le tuvo más afecto a la madre que al padre.		
Relación	Su relación fue algo distante, evitaba comentarle las cosas que le pasaban por el temor a cómo su madre reaccionara y a las críticas que pudiera recibir. Ella la trató con mucho cariño pero también con rectitud. Recuerda un suceso que le quedó grabado: ocurrió a los 14 años cuando tuvo su primer enamorado, este chico un día la llamó por teléfono, y su padre, que tenía un anexo, escuchó que él la invitó a salir al parque, esto le molestó y la buscó para llamarle la atención. Ella, al ver la reacción de su padre, se escondió, estaba muerta de miedo, escuchó a su padre decirle a su madre que le prohibiera todas las salidas; la madre la encontró, se molestó, le reprochó por la llamada y la castigó.		

Padre de nombre Alejandro, de profesión policía, falleció a los 55 años en el terremoto de 1970, sufría de diabetes. En ese tiempo la paciente tenía 14 años y le afectó mucho, estuvo triste, emotiva, perdió un poco de alegría por la vida, en la universidad le decían la seria, logró recuperarse pero estaba preocupada por la situación de su familia, con ese episodio maduró bastante. La noticia de la muerte de su padre lo trajo un joven conocido del barrio quien comentó que hubo muchos muertos, mencionó algunos nombres de los fallecidos entre los cuales nombró el de su padre, se pusieron a llorar, todos sus hermanos sufrieron mucho y estuvieron así alrededor de un mes. Este chico explicó que

su padre no acudió a una reunión de trabajo, se fue a descansar y luego supieron que se cayó de las escaleras del segundo piso y no pudo salir a tiempo de la casa, después pasó un alud que tapó gran parte de la ciudad y la gente no podía pasar.

Padre	Alejandro	**Actividad**	Policía
Descripción	Él era poco cariñoso, callado, recto, serio, bueno, responsable, trabajador, hogareño y poco de salir con amigos. Con sus hermanos mayores era exigente, distante, los castigaba, lo cual la asustaba, le tenía miedo. A ella le puso el nombre de su abuela materna.		
Relación	Su relación fue algo distante, evitaba comentarle las cosas que le pasaban por el temor a cómo su padre reaccionara y a las críticas que pudiera recibir. Él no tenía tiempo para ver a cada uno de sus hermanos, para él lo más importante era el estudio y que estén bien alimentados, con ella fue pocas veces al cine. Su padre tenía preferencia por su hermano Carlos, el que le seguía y por la última de sus hermanas, ella sentía celos de Carlos.		
La relación de pareja	La de sus padres siempre fue buena, él no le gritaba ni jamás vio que le levantara la mano a su madre y constantemente decía que la quería mucho. Su madre cuidaba mucho a su padre por su enfermedad, ambos eran de carácter fuerte pero ella era la que cedía y en ningún momento observó que lo contradijera en algunas de sus órdenes. En una oportunidad discutieron porque su madre quería salir a trabajar para ayudarlo pero él le dijo que no era necesario. Lo que sí se percató fue que su padre era muy nervioso y su madre lo acompañaba siempre. Al parecer en el momento del terremoto, por sus miedos, él salió corriendo, se tropezó y le cayó la casa encima.		

Ellos pertenecen a una familia con 8 hermanos, ella es la cuarta. Recuerda que de niña se llevaba mejor con su hermano mayor.

El mayor es Alejandro, quien ahora tiene 66 años, es profesor, jubilado, casado, con 2 hijos, vive en Chimbote, está de director en un colegio privado, la esposa también es profesora jubilada, él sobreprotege al hijo mayor que es muy engreído, la segunda es abogada. Él es un buen hermano, con ella ha sido cariñoso, siempre se llevaron bien y eso es hasta ahora. En una época él le pagaba la pensión de la universidad.

El segundo es Oscar de 64 años, es catedrático en la Universidad de Huaraz, es Decano, casado con tres hijos, tiene un carácter difícil y fuerte, de joven ha sido muy travieso, le trajo problemas a su padre. Al fallecer su padre él se puso a trabajar, tomó el papel del padre, es muy serio y recto. Su esposo fue su amigo desde la infancia pero cuando se enteró de que estaban saliendo como pareja se molestó mucho con ambos. Desde ese momento la relación entre ellos no ha sido buena, fue distante y cortés pero con el tiempo mejoró y ahora intiman más.

La tercera es Julia, de 62 años, jubilada, profesora, casada con 3 hijos, la mayor de ellos falleció hace cinco años de Cáncer, era arquitecta. Tiene una mala relación con su esposo, el carácter de ella es fuerte pero su relación con ella es muy cercana, son muy amigas, más que con los demás hermanos; siempre apoyó en la casa cuando su padre falleció.

El quinto hermano es Carlos, de 57 años, es ingeniero civil, trabaja como asesor, casado y con una hija. Es muy pegado a la letra, a la norma, estricto, algo reservado, serio, con ella la relación es algo distante, no hay tanta confianza, de pequeña ella le tuvo celos por la preferencia que le tenían sus padres.

La sexta es Lupe, de 54 años, se dedica a su casa, tuvo estudios de secretariado pero no ejerció, casada con dos hijos, respecto a su carácter es linda, buena, ella la tuvo muchos años en su casa hasta que se casó, se llevan muy bien hasta la fecha.

La séptima es Martha de 52 años, vive hace mucho tiempo en los EEUU, es de carácter fuerte, especial, no estudió, se casó y tiene dos hijos. Un tiempo, ella con su esposo se dedicaron al juego, cuando económicamente les iba bien pero después les fue muy mal, hace dos años han deportado al esposo, su situación es crítica y todos los hermanos los están ayudando. Ahora, a la distancia, se llevan bien porque antes era un dolor de cabeza por su situación económica.

La última es Lourdes de 43 años, es ingeniera de sistemas, casada, se dedica a su casa, tiene tres hijos, se llevan bien porque ella tiene un buen carácter.

Dinámica Familiar

Carmen refiere que su padre era el jefe de familia, el que daba las órdenes, imponía la obediencia, recomendaba a su madre los castigos, era muy exigente con los estudios a todos sus hermanos. El era poco comunicativo con ellos pero los trataba con respeto a todos y les enseñaba a ella y a sus hermanos el cumplimiento de sus obligaciones, la obediencia y el respeto. La madre se encargaba de que todos respeten las instrucciones que dejaba el padre, se dedicaba a los quehaceres de la casa como de la supervisión de los permisos y las tareas. La comunicación entre los padres era buena, conversaban mucho, el dialogo era claro y firme con los hijos, quienes se limitaban a obedecer.

El ambiente familiar era tranquilo. Vivían en armonía y todos colaboraban en los quehaceres de la casa.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo y parto:

La paciente refiere que el embarazo de su madre fue bueno, no presentó complicaciones ni situaciones que hayan generado crisis o estados emocionales significativos, fue de parto deseado, normal y sin complicaciones.

Niñez:

-Alimentación, desarrollo psicomotor, lenguaje y control de esfínteres:

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

-Socialización y Juegos:

Ella fue una niña tranquila, sociable, le gustaba estar en la casa de una amiga con quien jugaba a la familia, era poco comunicativa, muy observadora y celosa. Recuerda que a los tres años veía mucho a su madre atendiendo a su hermano Carlos, recién nacido, quien lloraba mucho. Un día ella hizo bolitas de papel, se las tiró y una le cayó en la nariz, él lloró porque no podía respirar bien, su madre se puso nerviosa y ella al verla así se metió debajo de la cama porque pensó que lo había lastimado.

-Sueños:

A veces tenía pesadillas, en la noche tenía miedo al momento que apagaban las luces porque veía figuras oscuras, las que imaginaba como duendes. Tenía un sueño muy profundo. Algunas veces los hermanos, al saber eso, le pintaban la cara, le ponían algodón en la frente, al despertase se veía y se asustaba.

-Miedos:

Tenía temor a que algo malo le pasara al padre o la madre y que después ella se quedara con sus hermanos. Asocia esa reacción con dos sucesos familiares: el primero, cuando sus primos se quedaron solos al fallecer el padre; y el segundo, al ver a su padre que estaba enfermo de diabetes, decía que no le dieran comida con condimentos porque era un veneno, la madre tenía cuidado en la dieta, ella veía a su padre que se aplicaba insulina.

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

Escuela:

-Transición

A los 6 años acudió por primera vez al colegio, no sintió miedo ni lloró, iba acompañada de su hermana mayor por eso se adaptó con facilidad e hizo amistad con algunos compañeros.

-Nivel Primario

Estuvo estudiando en un colegio de Huaraz hasta el segundo grado, le fue bien, no tuvo problema alguno, salvo un corto momento en el que sintió miedo pues no terminaba de anotar en el cuaderno lo que escribía la profesora en la pizarra debido a que la presionaba insistentemente, lo cual la bloqueaba y no hacía que termine. Pero luego lo superó.

Cuando pasó a tercer grado, la familia se trasladó a vivir a Yungay. Ella acudió al centro educativo de la ciudad y estuvo hasta el cuarto de primaria. Le fue bien, se adaptó fácilmente, no tuvo problemas de ningún tipo, sólo un pequeño incidente con una amiga

que le prestó una muñeca con la cual ella estaba jugando, la tiró varias veces al aire hasta que cayó a una casa deshabitada y se perdió. Esta amiga la presionaba para que la devuelva, como no lo hizo, le dijo a su madre y esta la castigó. Por el tipo de trabajo que tenía el padre, se mudaron a la ciudad de Carhuaz, donde terminó su primaria y tampoco tuvo problemas. Era una niña deportista, algo introvertida en los primeros años, después fue teniendo confianza y fue más extrovertida. Su rendimiento académico era de una alumna regular, no la jalaron en ningún curso, ni tuvo descalificaciones. Sus cursos preferidos en primaria eran los de letras y no le gustaba el dibujo.

Ella le tenía mucho respeto al padre, por ello ha sido muy nerviosa, él les pedía enérgicamente a sus hermanos que estudiaran y ella se escondía en el closet cuando escuchaba a su padre decir eso. Su padre le revisaba los cuadernos, le tomaba la lección, no quería que las hojas del cuaderno estén dobladas, ella a veces se equivocaba por el temor que le tenía y el padre se molestaba. La madre al ver eso la preparaba previamente a la revisión de su padre. Un día, ella dijo mal una palabra, el padre le pegó y ella se puso a llorar desde allí se quedó mal. Su hermano menor era estudioso, el padre le decía a ella que su hermano la iba a alcanzar y a pasar, vivía con la idea de que el hermano iba a lograr más que ella, es así que dedicó a estudiar más. En el colegio no repitió. El segundo de sus hermanos sacó bajas notas y el padre lo hizo repetir el año, al ver este hecho se asustó mucho.

-Nivel secundario

La secundaria la hizo en Caraz, desde primero hasta tercero, se adaptó fácilmente, no tuvo cursos desaprobados. En ese período de tiempo ocurrió el terremoto que fue una experiencia terrible, vio que se caían las paredes, se rajó el reservorio, pasó un huaico a dos cuadras, fue un momento terrible y muy fuerte; en ese momento estuvo junto a su hermano, se separó de él para correr a un lugar seguro y ponerse a salvo, luego se encontraron. Cada vez que hay temblor piensa que puede haber una catástrofe. Una semana después del terremoto se enteraron que su padre había fallecido. A pesar de su dolor, su rendimiento escolar no disminuyó. El cuarto año lo hizo en un colegio de Lima, se adaptó bien, regresó a Huaraz de vacaciones, conoció a su esposo y se quedó a estudiar el quinto año en un colegio de la ciudad. No tuvo problemas en la escuela, su comportamiento fue bueno, participaba de las actuaciones, le gustaba salir a bailar

danzas y su rendimiento mejoró. Era una joven tranquila, obediente, ella tenía que hacer lo que le indicaban, le gustaba el orden, era responsable, tenía un horario para hacer tareas, era exigente y tenía tendencia a la perfección. En secundaria fue un trauma el curso del idioma de inglés, el padre se molestaba terriblemente cuando sacaba bajas notas.

-Estudios superiores

Fue a prepararse a una academia en la ciudad de Trujillo, pero no ingresó a la facultad de enfermería. Escogió esa carrera porque el padre quería que ella fuera enfermera. Esa fue su primera decepción. Fue terrible, se sintió mal, culpable, desganada, gastaron dinero en vano, estuvo triste, se cuestionaba mucho, no comía ni dormía bien; sin embargo, no dejó de hacer sus cosas y una prima la alentó mucho. Eso fue unos meses. Después se recuperó y se puso a estudiar secretariado e idiomas.

Al año siguiente ingresó a la facultad de educación, fue un momento feliz, tenía buenas notas, escogió estudiar idiomas, fue un reto grande y duro, de 32 alumnos que ingresaron quedaron sólo 12, fue perseverante, tenía miedo a que la jalaran en lingüística, pudo aprobar ese curso. Después de dos años de estudio escogió idiomas, a pesar que el inglés no era su fuerte, por el contrario, fue su trauma desde el colegio, estuvo en desventaja con las otras chicas pero fue perseverante, tenía profesores nativos quienes eran exigentes. Al comienzo le fue difícil mantenerse porque no le gustaban idiomas, fue muy preocupada, superó y pasó la prueba que se propuso.

En una época se sintió terrible, estaba nerviosa, pensaba mucho debido a que tuvo una pérdida (legrado terapéutico), lo que hasta ahora no ha superado; además, tenía temor a fracasar. Su carácter la ayudó a salir de sus problemas, sus amigas le decían que era tranquila, una chica soñadora, responsable, tenía en mente salir adelante, quería tener una familia. Terminó a los 24 años, sacó su título de profesora de idiomas y lingüística, y regresó a Huaraz.

JUVENTUD

Después del fallecimiento del padre los problemas económicos empezaron en casa, su segundo hermano dejó de estudiar para trabajar y ayudar a la familia, eso le preocupaba

mucho. En lo social era de acudir a reuniones familiares y a fiestas, se relacionaba bien con los chicos, conversaba, no se avergonzaba, a veces le preocupaba del qué dirán, quería quedar bien con todos porque pensaba qué van a decir las personas si no lo hace, le gustaba ayudar a la gente. Ella era independiente y de hacer las cosas sola.

TRABAJO:

Empezó a trabajar como secretaria en la empresa privada, por un año, dominaba bien la mecanografía y el inglés. Al año siguiente se fue a Lima, postuló a una empresa del estado, dio todos los exámenes e ingresó. La ubicaron en una oficina de seguros sin tener conocimiento alguno, no entendía mucho por ende empezó a estudiar en la noche en el Instituto tecnológico de Lima y su objetivo era hacer una carrera en la empresa y terminó siendo jefa de esa oficina, se quedó en esa área por 22 años hasta que la empresa fue privatizada. Se adaptó bien e forjó una buena imagen como persona y trabajadora.

Actualmente, trabaja en una empresa privada por 10 años, se encarga de ver la parte administrativa y hace poco la han ascendido como jefa del área, cargo que ha asumido sólo por tres días porque se tuvo que operar de la columna. Lo que le preocupa es que ya tiene tres meses con descanso médico, que hay otra persona que la está remplazando y que a raíz de ello pueda perder el puesto.

Ella se considera una persona con alto sentido de responsabilidad, le gusta trabajar en equipo, le agrada el orden, la disciplina y se preocupa por detalles, reglas, listas, normas, organización y horarios. Manifiesta tener la habilidad de afrontar los retos, de aceptar y apreciar las diferencias individuales, de respetar a las personas, para atender las demandas de sus trabajadores, muestra capacidad para iniciar y mantener conversaciones y para afrontar los problemas laborales.

VIDA SEXUAL

A los 14 años le vino la menstruación, lo tomó con naturalidad porque la madre le había hablado respecto a los cambios físicos a esa edad. En casa era un tema reservado. En la actualidad, su vida sexual ha disminuido por su dolencia física pero cuenta con la comprensión de su esposo.

HISTORIA DE HÁBITOS, INTERESES Y ENTRETENIMIENTOS

Estuvieron centrados en tener una carrera, buen trabajo, tener una casa, lo cual logró, tiene un esposo y sus hijos son muy buenos, que es lo que ella siempre deseó.

Recuerda que desde niña quiso tener buenas cosas, como eran 8 hermanos y el padre no tenía una buena economía, su madre no trabajaba, ella se propuso tener algo más, pues el medio en el que ella se desenvolvía le hacía ver eso, sus amigas tenían una buena posición, vestían bien, se movía en un medio económico mejor que la de ellos. Carmen quería cambiar de ropa cada semana pero no podía. En una oportunidad, una tía le compró unas botas caras pero el padre al ver eso le reclamó a esa tía y le hizo devolverlas porque tenía varias hermanas que iban a pedir lo mismo y él no podría dárselas. Se sintió frustrada al no haber usado las botas, le hizo caso al padre y la tía devolvió las botas.

Entre sus hermanos, ella es la que tuvo mejor trabajo, la que ha conseguido mejores cosas, si su padre estuviera vivo ahora estaría orgulloso de ella. Con su primer sueldo se compró varias botas, siempre buscar lo mejor.

Señala que le siempre le agradó el orden y la limpieza. Su único hobby es de leer novelas románticas.

RELIGION

Revela ser católica y asiste a misa casi regularmente.

RELACIONES INTERPERSONALES

Es de hacer amigos fácilmente pero es reservada, algo tímida y tiene miedo a la crítica. Se siente cómoda en situaciones sociales, expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente. Tiende a ser muy realista, tiene los pies en la tierra, no se endeudó nunca por querer hacer algo que no estaba a su alcance.

ACCIDENTE Y ENFERMEDADES

En la infancia: padeció de fiebre intestinal y sarampión. Era una chica muy enfermiza: sufría de infecciones al estómago, era la más débil de sus hermanos, frecuentemente se resfriaba y la mamá la frotaba con aceite de bacalao. Se ponía tensa y con miedo a estar enferma porque le ponían ampolletas que le producían dolor. Cuando era más grande, el padre le enseñó a poner inyecciones, lo cual le ayudó a vencer ese miedo.

Actualmente, padece de diabetes, por tanto, mantiene los cuidados respectivos en su dieta y realiza actividad física regular. Su dolor de columna es fuerte, no le permite hacer sus cosas, su problema se acentúa en los dedos de los pies, siente como una carga o un bulto en la espalda. Antes de la operación, su dolor era insoportable, tenía muchas limitaciones, su carácter cambió y estaba sensible e irritable. Decidió operarse porque no soportaba el dolor. En un principio tenía miedo a la intervención quirúrgica, pensaba que podía quedar mal; pero, con la ayuda de sus médicos, quienes le explicaron las ventajas y desventajas de la intervención, tuvo confianza y seguridad, así que optó por hacerlo. Después del post operatorio quedó un poco adolorida pero trató de afrontarlo con paciencia y acatando las indicaciones dadas. Durante todo el proceso de hospitalización fue capaz de manejar sus episodios de ansiedad y temor. No ha sufrido ningún accidente.

VALORES, CREENCIAS Y SÍ MISMO/A

Sus valores más importantes son el respeto, la verdad, la honestidad y desde niña es muy creyente en Dios y en la fe.

EL ESTUDIO DE LA FAMILIA DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL CASO

Demanda:

Carmen de 60 años, con estudios universitarios, acude a consulta con su esposo y viene por un dolor en la zona lumbar después de ser intervenida quirúrgicamente. Tiene dos meses de evolución. Durante la entrevista cuenta que tiene un problema de tipo familiar con su hijo menor, de 26 años de edad, este no hace nada de lo que se le dice, a veces no contesta, se queda callado, prefiere estar en su cuarto o jugando en la computadora. Recientemente ha tenido dos discusiones con su padre en las que ella intervino porque su esposo es un poco duro cuando desea corregir. Han conversado bastante con él, es consciente de que pierde cosas por los juegos de computadora y desea revertir las cosas pero a veces no sabe cómo, se preocupa que sus amigos están más adelantados que él, también le gustaría seguir estudiando. Su padre le dice que debe aprender a afrontar la vida mas le cuesta hacerlo, algunas veces su entusiasmo es fuerte pero después decae. Ella piensa que su hijo los chantajeaba poniéndose enfermo. Ella y su marido temen por su futuro, que no se pueda valer por sí mismo y no pueda defenderse en la vida. Carmen le exige que dedique menos tiempo a la computadora porque siente temor de que regrese a lo mismo de antes, es decir, a no socializar con nadie por estar metido en la computadora. Su hijo no desea venir a terapia porque está cansado de asistir a muchas sin obtener resultados.

Soluciones intentadas: ellos han usado su autoridad, han tratado de imponerle obediencia por la fuerza pero él se defiende, se molesta, se aísla o empieza a tener crisis emocionales, han cedido al chantaje, la madre también interviene apaciguando, le ha hablado de varias formas y no ha dado resultado.

Análisis: La familia de Carmen es de tipo nuclear, actualmente con dificultades en las relaciones entre sus miembros tornándose, en ocasiones, conflictivas pues no han establecido límites adecuados entre sus miembros y hay falta de definición de roles. Los padres ante la dificultad que presenta su hijo menor constituyeron una alianza a efecto de buscar un cambio en él. A pesar de los esfuerzos realizados, lo único que han conseguido es mantener una retroalimentación negativa, es decir, se tiene más de lo mismo, lo que

origina cambios dentro del sistema y se mantiene inmodificado, a lo que se le denomina homeostasis.

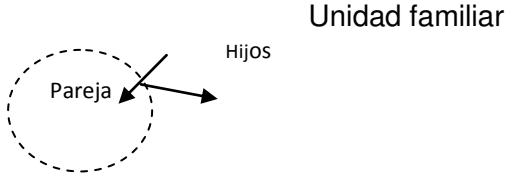
Objetivo: Ellos están de acuerdo en hacer la terapia familiar y a través de ellos procurar un cambio en el comportamiento de su hijo, reestructurando las reglas y normas familiares que lo haga más responsable, ordenado y colabore en los quehaceres de la casa, que comprenda que conseguir las cosas conlleva un esfuerzo.

EL GENOGRAMA DE LA FAMILIA

a) Estructura:

- *Sistema:* Tipo de familia: nuclear, cerrada, de relaciones cercanas, constituida por cuatro miembros de dos generaciones.

- *Subsistemas:* parental de Luis y Carmen, cuya frontera es de unidad familiar abierta. Este a su vez tienen un subsistema fraternal la de sus hijos.



Frontera Abierta

- *Roles:* El de Luis es de autoridad, proveedor, crítico, exigente como también de orientador y comprensivo; el de Carmen es protector, de apoyo, consentidor, exigente y permisible; el de su hija mayor es de comprensión y distante; el de su hijo menor, de rebeldía, retraimiento y desobediencia.

- *Límites:* Los límites entre Carmen y su hijo menor no están claramente demarcados, sino más bien, hay invasión de los mismos. En ocasiones, Luis invade las fronteras de su hijo menor y la de Carmen. Su hijo menor

respeta los límites de sus padres, lo que no sucede con Carmen, quien invade los límites de su hijo.

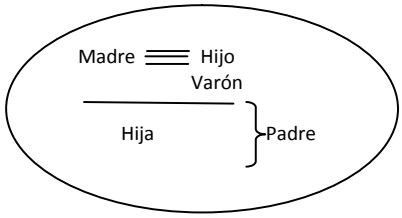
Padre ═══ Madre

Hijo

- *Alianzas:* Carmen con su hijo menor y Carmen con su esposo.
- *Lados fuertes*: Cohesión familiar expresada a través de afecto, ayuda y solidaridad entre sus miembros.
- *Ciclo Evolutivo*: Etapa cuando los hijos son adolescentes.
- *Balanceamiento entre las familias de origen*: Equilibrio de ambas familias sin predominio de alguna de ellas.
- *Patrones intergeneracionales*: En ambos casos, las familias mantienen una fuerte cohesión, acercamiento e intimidad, sin llegar a extremos; predomina la lealtad y fidelidad a la familia, considerando que los hijos son de su propiedad.
- *Complementariedad*: La obediencia de Carmen hacia su esposo, la del hijo menor hacia su padre y la complacencia de ambos padres hacia su hijo menor ya que ambos buscan la protección y el cuidado de él, siendo por lo general de manera fusionada.
- *Simetría:* Ambos compiten en la protección a su familia.

b) RELACIONES ENTRE SUBSISTEMAS Y/O DIFERENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA

- *Cercanía a nivel interpersona*l: Se da entre los cuatro miembros de la familia.
- *Demasiada cercanía:* Entre Carmen y su hijo menor como también con su esposo.
- *Conflicto entre dos*: Discusiones y desacuerdos entre Luis y su hijo menor.



c) RELACIONES INTERPERSONALES

- *Rivalidades:* En algunas ocasiones entre Luis y su hijo menor.
- *Celos:* Del papá con su hijo menor como este de su padre.
- *Amor y odio:* El cariño se da entre los tres miembros. En algunas ocasiones, el hijo menor se torna rebelde y con cólera hacia su padre.
- *Fidelidad:* Entre los tres miembros.
- *Poder:* De Luis con su esposa y su hijo menor.
- *Dependencia y sumisión***:** De parte de los padres hacia el hijo menor.
- *Respeto:* Entre los tres miembros.

d) ÁREAS DE CONFLICTO

- *Valores religiosos:* Ellos profesan la religión católica.
- *Valores culturales:* El respeto a los demás, la sinceridad, la honestidad, la solidaridad.
- *Poder:* Ambos padres luchan por tener la razón y mantener el control del uno al otro.
- *Independencia y dependencia***:** La relación fluctúa entre estos dos aspectos, generalmente se da el predominio de la dependencia. Algo similar sucede con Carmen y su hijo menor.
- *Alrededor de un síntoma:* Los miembros de la familia se autorregulan en base a la aparición del síntoma de su hijo menor, lo que origina un cese temporal de los problemas que se presentan entre Carmen y Luis.
- *Valores parentales:* La esperanza de ver a su hijo convertido en un profesional y que se valga por el mismo.

e) MITOS: El mito de la familia consiste en la fidelidad, lealtad y apoyo a todos los miembros.

PROPIEDADES O PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS: TOTALIDAD

Totalidad:

Carmen y Luis están presentando problemas a nivel del sistema familiar. Esto afecta a totalidad el sistema familiar y a su vez interfiere en la estructura de pareja. La diada

madre y el hijo menor tienen una necesidad imperiosa de mantenerse unidos, hay una disposición al afecto, al cariño y al apoyo mutuo; es decir, que la regla que mantienen como juego tiene un sentido paradójico, por un lado la exigencia y por otro la permisividad.

Homeostasis:

Carmen y Luis, a través de sus interacciones y comportamientos, mantienen una estabilidad en su organización incluyendo los conflictos y problemas entre ellos. Es decir, conservan su rigidez, lo cual no posibilita el cambio, manteniendo un patrón de sobreprotección a su hijo menor, que se torna recursivo en el funcionamiento familiar por años. Lo que podríamos clasificar como una retroalimentación negativa.

Equifinalidad:

CAUSAS	**RESULTADOS**
Enfermedad del hijo menor	R Reclamos entre Carmen y su pareja.
	R Preocupación de Carmen y Luis
	R Decepción y preocupación por parte de Luis.
RESULTADOS	**CAUSAS**
Preocupación de Carmen y Luis	C Reproche, critica y exigencia por parte de Luis a su hijo.
	C Control excesivo de Carmen hacia su hijo menor.
	C Rebeldía y distanciamiento de su hijo menor en el hogar.

Ordenes de recursión

OEDENES DE RECURSION	CONTENIDO DE LA FORMA	DECRIPCION DEL PROCESO
METACONTEXTO	**Relación simétrica**	Amigos de la pareja exige a la familia que asistan a misa como antes.
COMUNIDAD	**Relación complementaria**	Primos reclaman a los padres de Manuel visitarlo para jugar en la computadora como antes.
FAMILIA DE ORIGEN	**Relación simétrica**	Madre reclama a padre por preferencia de María y padre reclama a la madre por preferencia hacia Manuel.
	Relación complementaria	Manuel molesta a su madre porque no le permite más tiempo jugar en la computadora y mamá le permite más tiempo de juego para que Manuel no la moleste.
CONTEXTO { **PARENTAL**	**Padre- dominante**	Padre discute con la madre por la preferencia de Manuel
	Madre- dominante	Madre discute con el padre por la preferencia de María.
{ **FRATERNAL**	**María –quejosa**	María se queja con su papá cuando Manuel la molesta.
	Manuel –fastidioso	Manuel molesta a María porque no le presta atención a sus requerimientos.
CONDUCTA	**Padre –dominante**	Replica en forma enérgica a la madre, con mirada fija, ademanes corporales y con un tono de voz alta, por dejarlo jugar mucho tiempo al hijo menor.
	Madre sobreprotectora	Autoriza a su hijo menor jugar en la computadora y no le pone límites.
	Hijo menor –Retraído	Pasa gran parte del tiempo en su cuarto jugando en la computadora.
	Hija mayor Indiferente	Ingresa a la casa, conversa con los padres de su matrimonio y no pregunta por la situación de su hermano.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL CASO

EPISTEMOLOGÍA LINEAL

ENFOQUE INDIVIDUAL

1. Preocupación de Carmen hacia su hijo.
2. Carmen con síntomas de depresión y con ansiedad.
3. Carmen con dolor a la columna e hipersensible.

Diagnostico:

Trastorno de adaptación.

Análisis de las partes:

- Carmen, con grado de instrucción superior, que presenta pensamientos anticipatorios y con dificultades en el nivel de atención y concentración.
- Sus rasgos de personalidad tienden hacía la extroversión, emocionalmente sensible, y exigente, permisiva, ansiosa y sobreprotectora.

Elemento:

Carmen es la que origina la mala relación de su hijo reclamándole que cambie de actitud y se siente impotente de no poder ayudarlo.

Oposición excluyente:

Carmen requiere de terapia individual para mejorar su nivel de tolerancia y disminuir su ansiedad.

Energía:

El problema de Carmen es causado por la falta de iniciativa, deseos de cambio y su malestar emocional de su hijo, lo que le genera malestares somáticos, ansiedad y estados depresivos.

I. Causalidad lineal

Causa – efecto

Causa: Enfermedad mental de su hijo.

Efecto: Ansiedad y depresión.

Objetividad:

Carmen asume ese comportamiento para buscar atención de su esposo.

Observador fuera de lo observado:

Las constantes llamadas de atención de Carmen a su hijo, exigiéndole asumir responsabilidades, le generan reacciones ofensivas. Ante esta circunstancia ella se torna emotiva, lábil y ansiosa.

Especialización:

Terapia individual y modificación de conducta.

ENFOQUE SISTÉMICO

Totalidad:

La relación entre Carmen y su hijo menor repercute en las actitudes entre ella y su esposo, quienes tienen un desacuerdo para imponer las normas a su hijo, generando un cambio en todo el sistema.

Reacción – Interacción:

Carmen reclama a su hijo porque no hace nada y su hijo no hace nada porque Carmen le reclama.

Pautas y organización:

Madre: Insatisfecha por la actitud con su hijo.

Padre: Insatisfecho por el comportamiento de su esposa con su hijo.

Hijo: Insatisfecho por la actitud del padre y de la madre.

Padre: Insatisfecho por la actitud de su hijo.

Complementariedad:

Carmen discute con Luis porque le dedica más tiempo a su hijo para orientarlo y Luis reclama a su hijo a efectos de que deje de pedir atención y molestar a su madre, pues incrementa su malestar físico.

Información y comunicación:

Distinción:

Madre refiere que su hijo menor molesta a su hermana; ella ignora a su hermano porque no quiere que la fastidie; El hijo menor se queja con su mamá porque su hermana no le presta atención a sus reclamos y el padre reniega con la esposa por preferencia hacia el hijo menor.

Objetividad:

Cuanto más Carmen le reclama a su hijo para que cambie, más su hijo no cambia porque su madre le reclama.

Observador incluido en lo observado:

Cuanto más Carmen solicita a Luis comprensión más Luis no comprende a su esposa.

Esta es una puntuación realizada entre el Terapeuta y la familia.

Interdisciplinariedad:

Es la participación del terapeuta con otros profesionales especializados tales como: psicólogo, médico Rehabilitador, psiquiatra, trabajadora social, etc.

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR

De acuerdo a la epistemología sistémica y basada en la obra de Bateson, se hará un análisis de la comunicación familiar.

Imposibilidad de no comunicar

Por ejemplo: Cuando Carmen siente temor, dolor en la espalda, se echa a su cama, empieza a llorar; es cuando su hijo sale de su aislamiento, deja todo para acercarse a ella y la apoya tranquilizándola.

A continuación se citarán ejemplos de algunas de las formas de comunicación entre los miembros de la familia.

Rechazo a la comunicación: En algunas ocasiones, cuando Carmen trata de aconsejar a su hijo, él no responde, mantiene silencio y se retira al salón de clase.

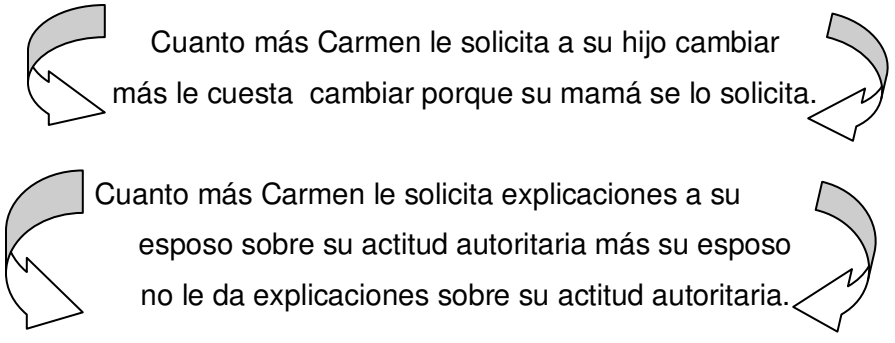
Descalificación de la conversación: Luis insiste en que Carmen debe dejar que su hijo haga sus cosas por sí mismo porque lo sobreprotege. Carmen en lugar de darle una respuesta en relación a su solicitud le dice que lo hace porque él no la ayuda.

El síntoma como comunicación: Carmen le reitera sus recomendaciones y consejo a Luis para ser un buen modelo de padre, Luis se hace el dormido, le pide que no lo moleste, que se acueste y lo deje dormir porque tiene sueño.

TODA COMUNICACIÓN PRESENTA DOS NIVELES: CONTENIDO Y RELACIÓN

Desacuerdo en el contenido y acuerdo en la relación: Sucede cuando Luis se opone a la idea de que se sobreproteja a su hijo, mientras que Carmen está de acuerdo. No obstante Luis y Carmen mantienen una relación de comprensión y afecto.

PUNTUACION Y SECUENCIA DE HECHOS:



Profecía autocumplidora: Carmen desde muy pequeña pensó que al tener una familia sería para siempre, situación que hasta el momento se cumple a pesar de las crisis que han ocurrido.

COMUNICACIÓN ANALÓGICA Y DIGITAL:

En cuanto a la comunicación digital, se da de manera adecuada entre los miembros del grupo familiar, con algunas dificultades antes expuestas, por ejemplo: les permite trasmitir y compartir información así como conocimientos.

En cuanto a lo analógico, por lo general se demuestra a través de los gestos, actitudes, de acercamiento y en otras ocasiones de distancia que permiten definir las reglas de la relación entre sus miembros. Por ejemplo: ante el síntoma de su hijo, los miembros de la familia evitan contrariarlo.

INTERACCIÓN SIMÉTRICA Y COMPLEMENTARIA

Se dan los dos tipos de interacción de manera dinámica y circular dependiendo de la situación y el contexto en que se encuentre la relación. Se dará a continuación un ejemplo de cada uno de ellos:

Relación simétrica: cuando Carmen y Luis compiten entre ellos por asumir el rol de autoridad en el hogar, así como también pugnan por tener la razón sobre qué regla y norma deben impartir a su hijo.

Relación complementaria: Cuando Luis y Carmen acompañan a su hijo a todas sus citas médicas y lo apoyan constantemente, situación que se ha dado por muchos años.

METACOMUNICACIÓN

Generalmente Carmen emplea con Luis la técnica de la metacomunicación, por ejemplo: Cuando Carmen reconoce la autoridad de Luis y su capacidad de convencimiento con su hijo para que obedezca algunas reglas y su manera de dirigir la economía del hogar.

INFORME DEL CICLO VITAL DE MI FAMILIA

El ciclo vital de la familia de Carmen se presenta de la siguiente manera:

a) Etapa hacia el encuentro del otro

Carmen se conoció con Luis cuando tenía la edad de 16 años, lo conoció por intermedio de su hermano Carlos, quien los presentó. Al poco tiempo empezó el enamoramiento que duró nueve años. A los dos años de enamorados, él le pidió la prueba de amor, estuvieron juntos y salió en estado, cuando se dio cuenta de ello se quería morir, pensaba en cómo iba a reaccionar su madre y lo que harían sus hermanos, no sabía qué hacer. Ella llamó a su esposo, le comentó lo que le estaba pasando, él le pidió que lo fuera a ver a Lima para después casarse pero le daba temor, no quería causarle a su madre tremendo dolor y menos que se enterasen sus hermanos porque la iban a juzgar mal. Le comentó a una amiga lo que le pasaba, ella al poco tiempo se sintió adolorida, pálida y perdió el niño. Estuvo en casa de familiares reposando, fue terrible, se puso mal y tuvo fiebre, no le dijo a nadie, llamó al que es su esposo y él la entendió. Se puso a llorar mucho por eso, fue un trauma para ella, se culpa hasta ahora y piensa que no lo debió pasar. Se confesó con un sacerdote, quien la perdonó, pero a pesar de ello siempre lo recuerda con tristeza y se reprocha diciendo que debió ser más cuidadosa con salud y fuerte. Se dejó llevar por el qué dirán y nadie la aconsejó. Hubo un antecedente en la familia: su hermana mayor salió en estado, la obligaron a casarse, vio como lloró y sufrió, la reacción de la madre, además de la de los hermanos, fue muy negativa. En el momento de la decisión tenía todos esos pensamientos y por eso lo hizo.

b) Etapa: recién casados y camino a la familia

Carmen y Luis se casaron en 1980 en la ciudad de Huaraz y posteriormente continuaron sus actividades profesionales en la ciudad de Lima. Durante esta etapa mantuvieron relaciones adecuadas, en las que predominaba el respeto, el cariño y la consideración. Las familias de ambos estuvieron de acuerdo con esta unión y brindaron el apoyo requerido.

c) Etapa: ahora somos tres - familia con preescolares

A los dos años de casados, Carmen y Luis tuvieron a su primogénita en el año 1982, y le pusieron el nombre de María, ella la recibió con mucha expectativa y alegría por haber sido niña pero a su esposo le chocó, pues debido a su pensamiento machista él compró todas las cosas para un niño. Después de tres años, nació su hijo varón y fue un niño deseado y programado. En los primeros años de crianza de su hijo, fue cuidado por una chica que trabaja en casa, quien tenía una hijita con la cual jugaban sus hijos. Esta chica lo sobreprotegió mucho y lo engrió. Ellos no se percataron de esa forma de cuidar de la chica porque trabajaban todo el día.

d) Etapa: la familia se abre al mundo etapa escolar

Posteriormente sus hijos iniciaron su etapa preescolar, y Carmen asumió la responsabilidad en el cumplimiento de las tareas de sus hijos. Durante toda esta etapa, tuvo el apoyo de la chica que trabajaba en casa. Luis y Carmen enseñaron a sus hijos a practicar los valores y la disciplina en los diferentes medios sociales. En ese tiempo, el esposo tomaba de dos a cuatro veces a la semana, cuando lo hacía llegaba a hacer problemas en casa, eran momentos horribles, los hijos crecieron en ese ambiente. Los chicos se asustaban y veían que fastidiaba a la madre, una vez le quiso pegar y su hijo le dijo que era un diablo. La pareja fue buena pero se ponía mal cuando tomaba, ella estaba constantemente tensa. El hijo intervenía para que no la moleste, ella se quedaba a dormir en la sala. Al día siguiente era una “paloma”, eso ha sido hasta hace 4 años. Los despertaba en las noches y los hacía llorar, eso le indignaba. Una vez la empujó y los chicos lo vieron.

e) Etapa: cuando los hijos son adolescentes

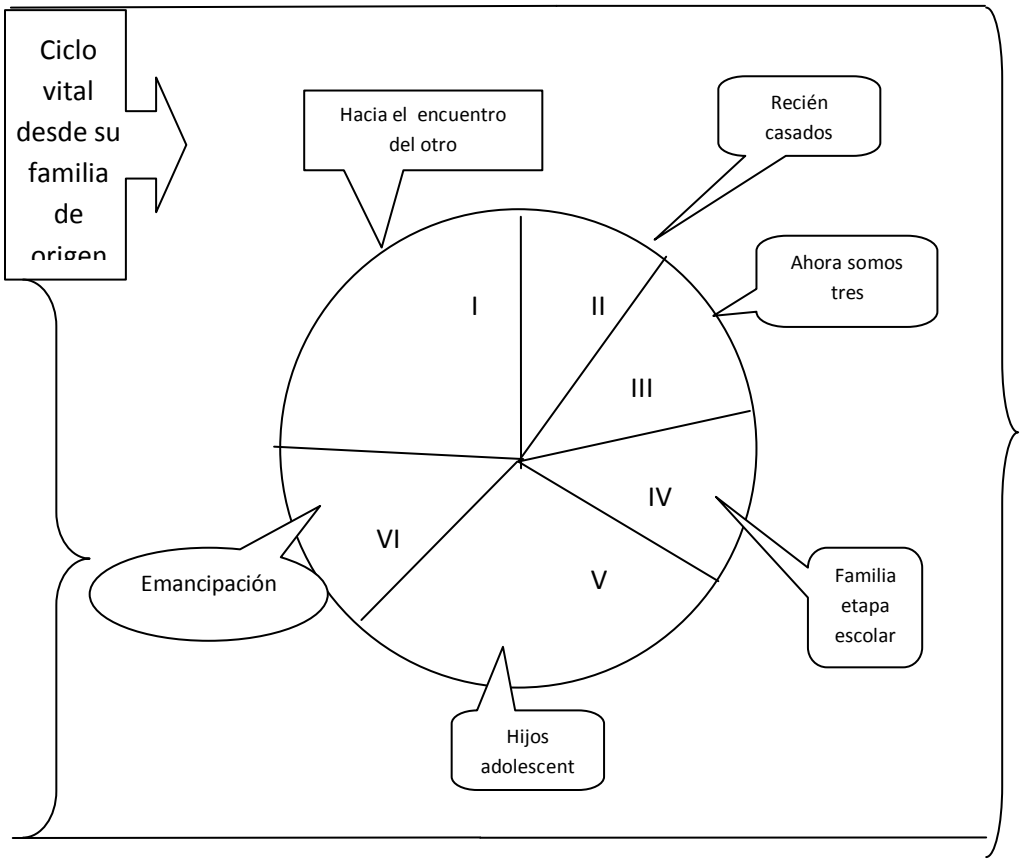
En esta etapa Carmen y Luis definieron con mayor precisión sus roles. Luis era el que impartía la disciplina y las normas. Carmen era más cariñosa, flexible, consentidora, lo que permitía tener un mayor nivel de confianza con sus hijos. Ella siempre estaba pendiente de las cosas que les faltaba, era muy cariñosa y bromista con ellos. La manera de sancionar a sus hijos era quitándoles lo que más les gustaba, como por ejemplo mandarlos a su cuarto y no dejarlos salir hasta el día siguiente o dejarlos sin ir a fiestas, luego en otras ocasiones era muy exigente con el orden y el cumplimiento de los deberes. Luis era más distante, crítico y autoritario, lo hizo

con más insistencia con su hijo menor cuando él no lograba cumplir con una tarea o se equivocaba. Luis lo trataba mal, lo disminuía y le exigía resultados exitosos como él los tuvo en su juventud. El esposo criticó mucho a su hijo desde que era pequeño por no ser como él, lo hacía con el afán de que se parezca a él, eso la molestaba, empezaban las discusiones entre ellos y también afloraban los problemas que tenía con la bebida. Ella piensa que por el trato del esposo hacia su hijo es que ahora él les tiene temor a las chicas y por eso no tiene enamorada. Su padre le dijo a su hijo, antes de iniciar la secundaria, que ahora debe hacer las cosas por él mismo sin ayuda de nadie, al parecer desde esa fecha Carmen notó un cambio de ánimo en su hijo y bajó en su rendimiento escolar. Por ese tiempo, Carmen le compró el Nintendo y jugaba solo. En segundo año, lo vio extraño en un cumpleaños familiar, lo vio parado en la puerta de la lavandería, los miraba a ellos medio extraño y no hablaba, estuvo serio. Ella lo llevó al pediatra, quien recomendó acudir al psicólogo, y después lo llevaron al psiquiatra. Este último profesional, manifestó que tenía rasgos de esquizofrenia, el esposo se negó, también tenía problemas con él porque no aceptaba la indicación médica. Su hijo superó esa etapa, por eso que su esposo pudo viajar a los EEUU por motivos económicos, ella se sintió sola y temerosa pero pudo salir adelante.

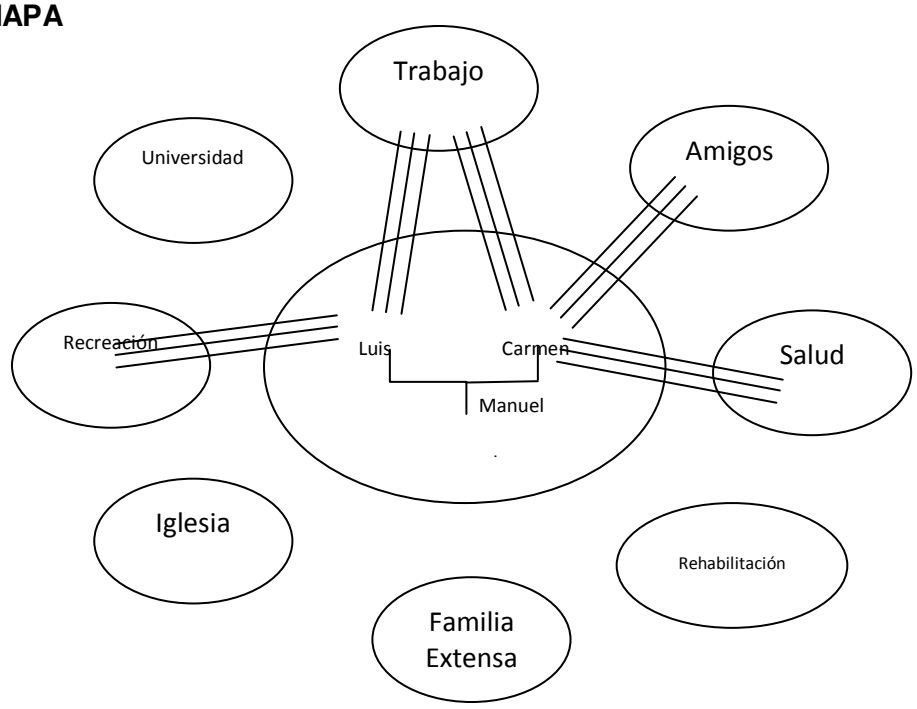
En quinto año de media, tuvo una crisis por estar mal en los estudios, tenía miedo a desaprobar el año por dedicarse a los juegos. Ellos trabajaban, no lo podían controlar y cuando lo hacían se molestaba. Antes de eso, quisieron cortarle el juego, pero no pudieron. Lo llevaron al psicólogo porque su hijo les dijo que se sentía que no era él, el profesional recomendó llevarlo al psiquiatra, quien diagnosticó, en un inicio, un problema de conducta. Estuvo internado 10 días porque hablaba a una velocidad extrema, estuvo muy activo. Al final les dijeron que tuvo un cuadro bipolar. Los padres fueron muy sobreprotectores con sus hijos, el esposo tuvo que dejar de trabajar para cuidar a su hijo, el cual estuvo internado 8 días en un hospital del estado.

f) Etapa de emancipación:

Su hija María ahora tiene 30 años, casada, ingeniera de medio ambiente y trabaja. Salió hace dos años del seno familiar para conformar su propia familia. Su hijo menor aún está en casa sin realizar las actividades esperadas para un joven de su edad.


Ciclo vital desde su familia de origen
Hacia el encuentro del otro
Recién casados
Ahora somos tres
Familia etapa escolar
Hijos adolescent
Emancipación
I
II
III
IV
V
VI

ECOMAPA


Trabajo
Universidad
Amigos
Recreación
Luis
Carmen
Manuel
Salud
Iglesia
Rehabilitación
Familia Extensa

CRONOGRAMA FAMILIAR

Persona / Fecha	ESPOSO	ESPOSA	HIJOS
1980	Inicia enamoramiento, deciden vivir juntos.		
1985			Nacimiento - hija.
1988	Problemas con la bebida	Resentimiento	Nacimiento – hijo.
1991	Recrimina porque dejar trabajo sin consultar. Peleas por falta de dinero.		sobreprotección
1992	Crisis en Trabajo	No soporta estrechez Económica.	apoyo en el colegio Hijo
2000	Consentimiento al hijo a permanecer sin control en juegos de computadora .		Enfermedad física hijo
2003	Retorno al Perú	Responsabilidad total	Bajo rendimiento. Internamiento S. Mental hijo
	Preocupación y desconcierto familiar		
2010	Se aboca a negocio	Sale de empresa	deja estudios.
2013	Dedicación al trabajo	Malestar a la columna	deja el trabajo
2014	Preocupación	Operación a la columna	Retraimiento total

2.2. INFORME PSICOLOGICO

DATOS DE FILIACIÓN: Fecha: 31/3/14

APELLIDOS Y NOMBRES	: R. C. C.
EDAD	: 60
N° de SS	**: 1111111**
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: SUPERIOR COMPLETA DOCENTE
LUGAR DE NACIMIENTO	HUARAZ
ESTADO CIVIL	: CASADA 32 AÑOS
N° HIJOS	: 2
OCUPACION	: ADMINISTRATIVO
CENTRO DE TRABAJO	: xxxxx
PUESTO	: JEFE DE DEPARTAMENTO
INICIO DESCANSO MEDICO	: 3/3/2014

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente derivada de la Unidad de Columna para recibir apoyo psicológico y para aprender afrontar su malestar físico. A esta cita acudió acompañada de su esposo Luis.

PROBLEMA ACTUAL:

La paciente refiere estar preocupada por la salud de su hijo que en quinto año de secundaria tuvo una crisis por estar mal en los estudios y el miedo a desaprobar el año por dedicarse más a los juegos. Como trabajaban, ellos no lo podían controlar y cuando lo hicieron él se molestaba, intentaron que dejara el juego pero no pudieron. Debido a la crisis lo llevaron al psicólogo pues su hijo les dijo que se sentía que no era él. El profesional que lo evaluó recomendó llevarlo al psiquiatra quien le diagnosticó, en un inicio, un problema de conducta. Estuvo internado durante 10 días porque hablaba a una velocidad extrema, estuvo muy activo y con insomnio, al final les dijeron que tuvo un cuadro bipolar. ….. La madre piensa que su hijo no sabe cómo afrontar un tema que no domina, le cuesta socializar y ahora no está haciendo ninguna actividad, esto le preocupa mucho, piensa en el futuro de su hijo el cual no la deja dormir bien, se siente impotente de no poder ayudarlo y culpable por ser muy protectora. El ver a su hijo en ese estado le genera tensión, ansiedad, inquietud, tristeza, frustración y aflicción

que incrementa su malestar físico en la zona lumbar. Tiene momentos en que su carácter cambia, se siente irritable, sensible, cansada y frustrada al no poder realizar sus actividades como antes, entre ellas el atender a su hijo como estaba acostumbrada, trata de no hacerle caso al dolor continuando con sus actividades cotidianas pero al final se tiene que recostar pues aumenta su malestar lo que le genera desgano, desesperanza y temor a cómo va a quedar físicamente más adelante.

OBSREVACION DE CONDUCTA

La paciente, de 60 años de edad, asiste a las entrevistas acompañada de su esposo. Ella es de contextura delgada de aproximadamente 1.60 mts. de estatura y 48 Kg de peso, la apariencia de su cuerpo es acorde a una mujer de su edad. Su piel es blanca, pelo castaño oscuro, ondulado, peinado en forma sencilla, sus ojos café, son grandes, nariz pequeña, boca regular, labios delgados, maquillada escasamente, lleva aretes pequeños, en la mano derecha, trae su anillo de matrimonio y sus manos se ven muy bien cuidadas. A las sesiones siempre se presentó vestida de manera casual y acorde a la estación evidenciando armonía en la combinación de prendas; además, muestra un adecuado aseo y arreglo personal. Por lo general mantuvo una postura ligeramente inclinada, un tono de voz moderado y pausado, y contacto visual ligeramente frecuente con el entrevistador. Comunicó sus conflictos e ideas de manera clara, precisa y adaptada al contexto sociocultural; sus respuestas por lo general fueron amplias y, en ocasiones, emotivas. Durante la primera entrevista evidenció sentimientos de tristeza acompañados de llanto, además manifestó también sentir ansiedad, cólera y culpa ante determinadas situaciones familiares, los cuales se vieron reflejados gestualmente al narrar dichos acontecimientos, en las posteriores sesiones se mostró más expresiva, detallista y tranquila.

La relación con el entrevistador fue de cooperación y respeto, estuvo atenta a las indicaciones. Su lenguaje fue fluido, con una pronunciación correcta e ideas lógicas y coherentes y un volumen de voz adecuado, asimismo mostró iniciativa para intervenir en el diálogo de forma espontánea. En algunos momentos hizo preguntas al examinador en relación a ciertas dudas sobre su comportamiento.

Durante la aplicación de la prueba de personalidad la paciente se mostró colaboradora, y atenta en el seguimiento de instrucciones y a las preguntas. El tiempo de reacción para sus

respuestas estuvo dentro de lo esperado y en la mayor parte de las pruebas no mostró dificultad alguna. Durante la aplicación de la prueba mantuvo una conducta cordial, de interés y amable.

EXAMEN CLINICO PSICOLOGICO

Paciente femenino, de edad aparente acorde a la cronológica, aseada, arreglada, vestida acorde a edad, sexo y contexto. Durante la entrevista se mostró consciente, orientada en las tres esferas y su percepción de funcionamiento adecuado sin alguna alteración. Su memoria de evocación y fijación conservadas, inteligencia impresiona un funcionamiento promedio con buena capacidad de abstracción, a pesar de conservar buen nivel de atención y concentración hay algunos momentos que se distrae por su problemática emocional, su lenguaje fue claro de curso normal y coherente. El curso de su pensamiento es normal, con ideas anticipatorias que giran en torno a su condición actual *"cada vez que veo a mi hijo jugando en la computadora me pongo tensa, preocupada con respecto a cómo será su futuro y me cuesta quitarme esas ideas"*, no tuvo ideación delirante ni suicida al momento de la entrevista. En el Afecto denota reacciones de inquietud, ansiedad, llanto fácil, resonante al final de la entrevista. Sin alteraciones perceptual durante la entrevista. Su marcha limitada, con movimientos voluntarios conservados, su Juicio de realidad conservado, con conciencia de enfermedad médica presente y mental buena.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Cuestionario de Personalidad 16PF.

ANALISIS DE RESULTADOS

Es una persona que presenta una capacidad mental general promedio con buena comprensión, rapidez para el aprendizaje, de fácil comprensión, intelectualmente adaptable, de tendencia a intereses más intelectuales, de juicio superior, de moral alta y perseverante. Su tipo de pensamiento es abstracto que facilita el pensar y actuar racional, como rapidez en la producción y exactitud del pensamiento, riqueza y complejidad del contenido del mismo. Sin embargo, por los factores estresores del momento presente, estos procesos están siendo interferidos en su funcionamiento al centrarse más en sus preocupaciones expresando ideas

de tipo anticipatorios, de temor y negativas. No obstante, su adecuado nivel comprensión le permite identificar y reconocer la necesidad de generar cambios para resolver el problema que lo viene efectivizando con un cierto esfuerzo mental.

Como características de personalidad es una persona disciplinada, escrupulosa, emprendedora, responsable y organizada, tímida, cautelosa y socialmente controlada. Tiende a ser consecuente con sus metas, le agrada aceptar retos, respetuosa de las normas y es prudente. Experimenta un cierto grado de ansiedad, es exigente por hacer las cosas correctamente, que puede generar reacciones de insatisfacción al momento de enfrentar algunas demandas de la vida como las que actualmente viene afrontando a nivel familiar, laboral y de salud. Se preocupa por los detalles, capaz de serenidad en situaciones de emergencia, tienden a mantener la calma y es capaz de resolver la situación, aunque a veces es sensible, impaciente y poco imaginativa. Tiende a reprimir sus emociones, es reservada, protectora, buena compañera y de fácil unión al grupo, está pendiente de la aprobación social y es de seguir las directrices del grupo las que en ocasiones puede mostrar falta de decisiones personales.

Su estado emocional ahora es fluctuante con episodios de ansiedad, intranquilidad, experimentando sentimientos de tristeza, decaimiento y con bajo estadio de animo. Por momentos se siente impotente, irritable y poco tolerante ante el dolor físico y al no poder realizar sus actividades como antes. Hay momentos que se siente culpable, temerosa y frustrada ante la enfermedad mental de su hijo. Se le puede definir como tenaz, algo dominante, enérgica y tiende a imponer sus ideas y puntos de vista.

Cuando esta bajo un estado de presión tiene capacidad para asumir **un adecuado dominio de sus impulsos** y sentimientos, requiriendo de un esfuerzo sostenido para no dejarse dominar por sus emociones. Esta acción puede sobrecarga su nivel de tolerancia a la frustración presentando dificultad para canalizar sus energías en una acción más constructiva. Tiende a reprimir su contenido afectivo que le permite soportar las tensiones, prefiriendo asumir una actitud cauta y reservada en sus implicaciones y contactos.

Es perseverante en la consecución de sus objetivos, dominada por el sentido del deber, la obligación y el orden, llena de planes, preocupada por estándares morales y reglas, que ha permitido lograr éxitos, a lo largo de su vida, en una variedad de actividades a pesar de los

problemas difíciles que ha tenido que enfrentar, demostrando la habilidad para la organización, para adaptarse y funcionar con facilidad en cualquier contexto. Probablemente esto ocurre debido a que en la infancia se desarrolló de modo constante el sentido de la obediencia y el orden. Suele tener mucho control de sus emociones y conducta en general, trata de mostrar una **buena imagen** hacia los demás, mantiene un buen nivel de **autoestima,** expresa un grado de confianza y valor en sus competencias, aunque a veces puede buscar la aprobación y el apoyo de los demás.

En cuanto a **sus relaciones interpersonales** presenta voluntad de iniciar un acercamiento mostrándose pasiva, diplomática, es capaz de ponerse en el lugar de otro, piensa lo que dice, respetuosa del otro, se preocupa por ser realista, objetiva no tan emocional, sabe mantener su distancia para tener el potencial de manejarse bien en el mundo y denota empatía. Esta manera de comportarse puede revelar una característica de ser poco afectuosa y rígida porque inicialmente es reservada, se guarda sus problemas y le resulta difícil hablar de temas personales. Se preocupa por mantener la calma y a veces logra que se hagan las cosas sin tener que generar un alboroto.

Tiende a involucrarse en temas morales por eso que le interesa en analizar a las personas, es cauta en sus aseveraciones y prefiere relacionarse con personas que van en la misma dirección. En ocasiones la forma rígida de analizar las circunstancias de la vida la lleva a mostrarse a veces exigente, critica e intolerante frente a puntos de vista opuesto que genera ciertas desavenencias en sus interacciones como las que actualmente se está presentando con su hijo y su esposo. A veces se muestra perspicaz, intuitiva y distante ante los demás cuando percibe que las condiciones no son favorables para poner en acción su capacidad.

Actualmente su relación de pareja mantiene un sistema variable influenciado por la diferencia que tiene con su esposo al momento de tratar a su hijo con problemas emocionales que conllevan al resentimiento y a la incomprensión. *Referente a la* ***percepción de la dinámica familiar,*** *distingue una adecuada estructuración la cual corresponde con su familia nuclear. De otro lado, caracteriza a su familia en cuanto al grado de cohesión como muy fusionada, con un involucramiento emocional entre sus miembros, estando los intereses concentrados en la protección del hijo que padece de un problema emocional y a quien la paciente le exige,* controla, como también cede a las peticiones, lo defiende de la actitud autoritaria del esposo que termina en discusiones. Los límites entre los miembros no están claramente demarcados,

sino más bien hay invasión de los mismos, especialmente en las tareas que le corresponden hacer al hijo. *Asimismo, en cuanto a la adaptabilidad, la asume como rígida y a la vez sobreprotectora, con una disciplina estricta. De otro lado, se presenta un clima familiar tenso, con discusiones pero con fortalezas en sus interacciones basadas en* el amor y con disposición para el cambio.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos por la paciente en la evaluación, denota una capacidad mental general promedio con buena comprensión, rapidez para el aprendizaje.

Como rasgos de personalidad denota ser disciplinada, emprendedora, responsable y organizada y socialmente controlada. Tiende a ser consecuente con sus metas, respetuosa de las normas, es prudente y tiende a establecer adecuados contactos interpersonales. Es capaz de ponerse en el lugar de otro, piensa objetiva no tan emocional y denota empatía.

Denota indicadores de ansiedad, inquietud sentimientos de tristeza, culpa, con dificultad para afrontar el problema con tendencia al llanto que interfiere significativamente en su proceso de adaptación que afecta el transcurso normal de las actividades sociales y familiares. La no presencia de estos estresores de salud, familiar y laboral existe la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin su presencia.

En cuanto a sus relaciones interpersonales muestra la voluntad de iniciar un acercamiento más práctico, prefiriendo asumir una actitud cauta y reservada en sus implicaciones y contactos.

Denota un adecuado nivel de autoestima.

Cuenta con recursos psicológicos para alcanzar el nivel de ajuste y para canalizar sus emociones e impulsos en una acción más constructivas.

Tiene un pronóstico relativamente bueno en la psicoterapia.

DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico se caracteriza por síntomas motores de intranquilidad, tensión, ansiedad, tristeza, frustración y aflicción que incrementa su malestar físico en la zona lumbar. Tiene momentos en que su carácter cambia, se siente irritable, sensible, cansada, con desgano, desesperanza y temor que son sentidos como un malestar mayor a lo esperable en respuesta al problema que le está causando. Un cambio biográfico significativo afectan a dos esferas: la familiar donde experimenta conflictos vinculados al comportamiento inadecuado del hijo y a la actitud incomprensiva del esposo que genera un ambiente tenso en el hogar; y la salud, donde la afectación fundamental radica en la intensificación del dolor, incremento de la sensación de malestar físico y la percepción de incapacidad para el de llevar a término actividades normales y trabajo activo. Estas manifestaciones provocan una disminución en su funcionamiento en las relaciones familiares, en su actividad social y laboral que interfiere en su proceso de adaptación.

Diagnóstico Nosológico:

Eje I: Trastorno de Adaptación (F43:2)
Eje II: Rasgos ansiosos de personalidad.
Eje III: 1) Diabetes melitus, listesis.
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Eje V: EEAG = 80

Pronóstico:

Favorable, teniéndose en cuenta la forma y el contenido de los síntomas, así como que hay salud mental anterior, por otro lado, los antecedentes y la personalidad en formación del sujeto, los factores protectores con que cuenta, tanto internos como externos, donde en estos últimos que conforman la familia, son contextos resilientes. Con un manejo psicológico adecuado y la implicación de todos los agentes socializadores en sus diferentes contextos de actuación se logrará atenuar o desaparecer completamente la sintomatología. Es un trastorno transitorio con tendencia a remitir.

Recomendaciones

Para la paciente:

- ***Terapia Individual:***

  Incidiendo en la identificación y cambio en su estilo cognitivo, el manejo adecuado de sus emociones, mitigar el impacto emocional y afrontar adecuadamente el proceso de adaptación de su dolencia física.

- ***Terapia Grupal:***

  Mejorar la percepción, la experiencia de dolor y la calidad de vida mediante la aplicación de técnicas que faciliten la reestructuración del estilo cognitivo, emocional y conductual.

Terapia familia:

Reorganizar el sistema familiar mediante nuevas pautas de interacción que regulen los roles, límites, las normas y la organización familiar.

Establecer el subsistema parental con nuevos procedimientos para desarrollar relaciones democráticas con su hijo.

Seguimiento terapéutico para fortalecer los aspectos logrados en la terapia para padres.

Reevaluación en 06 meses, luego de proceso de intervención.

2.3. INFORME PSICOLÓGICO OCUPACIONAL

I. Datos de filiación: Fecha: 10/4/14

APELLIDOS Y NOMBRES	: R. C. C.
EDAD	: 60
N° de SS	**: 1111111**
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: SUPERIOR COMPLETA DOCENTE
LUGAR DE NACIMIENTO	HUARAZ
ESTADO CIVIL	: CASADA 32 AÑOS
N° HIJOS	: 2
OCUPACION	: ADMINISTRATIVO
CENTRO DE TRABAJO	: xxxxxx
PUESTO	: JEFE DE DEPARTAMENTO
INICIO DESCANSO MEDICO	: 3/3/2014

II. MOTIVO DE CONSULTA: Paciente derivada de la Unidad de Columna para recibir apoyo psicológico y para aprender afrontar su malestar físico. A esta cita acudió acompañada de su esposo Gustavo.

III.- **Datos ocupacionales:**
3.1- EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó)
Nombre de la Empresa: XXX.
Actividad de la Empresa: Seguros.
Área de trabajo: Gerencia de seguros Superficie (x) Subsuelo ( ) Tiempo Total Laborando: 12 años.
Puesto: Jefatura de de departamento.
Principales Riesgos: Carga de trabajo.
Medidas de Seguridad: Cambios en la tarea.

IV.- Observación de conductas	
Orientada: en tiempo, espacio y persona.	Percepción de funcionamiento adecuado sin alguna alteración.

- Discurso de ritmo de fluido de tono moderado, sin dificultad en la articulación.	Postura : Erguida
Presentación: vestida de manera casual y acorde a la estación.	La relación con el entrevistador fue de cooperación y respeto.
V. Examen mental	
Con conciencia de enfermedad médica presente y mental buena.	Conserva buen nivel de atención y concentración hay algunos momentos que se distrae por su problemática emocional.
Su percepción de funcionamiento adecuado sin alguna alteración.	Su memoria de evocación y fijación conservadas.
Su pensamiento de curso coherente, es abstracto, de contenido ansioso con ideas de preocupación por su trabajo. Lenguaje fluido.	Su Juicio de realidad conservado.

VI. Resultados de evaluación:

• **Nivel Intelectual**: Impresiona un funcionamiento promedio

• **Personalidad:** La examinada se caracteriza por ser una persona con niveles altos de autodisciplina, confianza, sumamente activo y con gran aspiración de desarrollo personal. Es cautelosa a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios ni diciendo o haciendo nada de lo que después uno se pueda arrepentir. Tiene capacidad para regular los propios sentimientos y acciones como control sobre los impulsos y emociones, denota habilidad para comportarse en las diferentes situaciones sociales demostrando una actitud empática. Es perseverante y terminar lo que empieza.

Competencias:

Preocupación por le orden, la calidad y la preescisión.
Pensamiento analítico.
Planificación y organización.
Creativa.
Conocimientos técnicos y profesionales.

VII. Conclusiones:

Persona Apta.- Presenta características psicológicas que le permiten realizar con éxito en el puesto que viene desempeñando con cambio en la tarea.

2.4. PLAN DE TRATAMIENTO:

INTRODUCCIÓN

El plan de tratamiento se ha diseñado en función de la priorización de la problemática y sintomatología presentada por la paciente, quien reconoció que primero era importante disminuir sus preocupaciones en relación a las dificultades que tenía con su esposo para adoptar medidas y acciones adecuadas con respecto a la manera de tratar a su hijo menor, el cual presenta problemas emocionales. La intención de aceptar el apoyo profesional es para aprender algunas estrategias que les ayude a propiciar un cambio en su hijo con respecto a la conducta inadecuada y que adopte aquellas que le corresponde a una persona acorde a su edad. Esta situación familiar ha generado un cambio en el sistema familiar, como algunas pautas de interacción entre sus miembros que se expresa con un grado de tensión y estrés, alterando los roles, jerarquía y limites. En tal sentido se ha elegido el modelo de terapia familiar sistémica para realizar la exploración, las condiciones internas o externas de la familia que permitan aplicar las estrategias más importantes para su reestructuración.

En forma paralela se le brindó terapia individual para disminuir el impacto emocional de su discapacidad, lo que permitirá mejorar las necesidades, la percepción de amenaza y utilizar sus recursos para el funcionamiento físico normal. Para ello, se eligió la terapia cognitiva conductual que en estos casos es recomendada por su efectividad. Así mismo, participó en el taller de manejo del dolor emocional para aliviar los síntomas psicológicos estresantes y ayudar a la paciente a retornar al nivel de desempeño laboral apropiado. La modalidad de terapia que se escogió fue la de terapia cognitivo conductual.

ESTRUCTURA DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

Acude a terapia psicológica derivada del médico rehabilitador por dificultades en el manejo de su dolor, su adaptación y por problemas familiares.

Problema actual:

La madre piensa que su hijo no sabe cómo afrontar un tema que no domina….. esto le preocupa mucho, piensa en el futuro de su hijo. El verlo en ese estado le genera tensión, ansiedad, inquietud, tristeza, frustración y aflicción, que incrementan su malestar físico en la zona lumbar. Tiene momentos en que su carácter cambia, se siente irritable, sensible, cansada y frustrada porque no puede realizar sus actividades como antes, …. trata de no hacerle caso al dolor continuando con sus actividades cotidianas; pero, al final se tiene que recostar pues aumenta su malestar, lo cual le genera desgano, desesperanza y temor a cómo va a quedar físicamente más adelante.

Metodología

La terapia cognitivo conductual se ha establecido como la principal línea de tratamiento. Para este caso se ha utilizado los principales conceptos y métodos de intervención de este enfoque.

Objetivo:

Disminuir el impacto psicológico.
Modificar la percepción del dolor.

Primera sesión

La paciente refiere estar preocupada por su estado de salud, su malestar físico, piensa que se quedará así, a veces se siente impotente de no poder realizar su rol de madre y esposa como antes y piensa que estará limitada para cuando regrese a su trabajo.

Hipótesis:

El dolor genera un impacto emocional negativo que afecta su nivel de satisfacción en los diferentes aspectos de su vida.

Actividades:

Objetivo	Técnica	Estrategia	Método
Tomar conciencia del funcionamiento de su cuerpo. Comprender y Aceptar el dolor.	Visualización. Autoregistro.	Observar la causa y su relación con la variación del dolor.	Entrevista. Exposición.
Resultado			
La paciente se da cuenta de que de no aceptar su dolor es no aceptarse a ella misma, porque su malestar está en su cuerpo y no fuera. Ella venía peleando consigo misma, cada vez sentía el dolor y en todo momento lo desafiaba, y al final, este le ganaba.			
Tarea			
La paciente debe auto-observarse cómo moviliza su cuerpo durante las actividades cotidianas y reconocer qué tipos de conductas intensifican el dolor y cuáles son las que disminuyen.			

Tabla 1. Elementos que afectan la percepción del dolor. (autoregistro)

Factores que aumentan el dolor			
Factores físicos	**Factores emocionales**	**Factores Cognitivos Pensamiento**	**Factores sociales**
Dolor en zona lumbar.	Cólera.	Jamás lo voy a superar.	Limitación en actividades de casa.
Tensión muscular.	Ansiedad.	Centrarse en el dolor.	Falta de apoyo familiar.
Nivel de actividad limitada.	Impotencia.	Desafiar al dolor.	Falta de actividades sociales.
Posturas inadecuadas.	Aburrimiento.	La terapia no me ayuda.	Falta de confianza en el tratamiento.

Segunda sesión

La paciente refiere que se siente mejor porque se ha dado cuenta de que no hace caso a su dolor cuando recién se inicia y sólo lo hace cuando es intolerable; además, ha notado que la sobrecarga de actividades que hace en casa intensifica el malestar. En esta semana ha estado más atenta a la forma de cómo viene haciendo funcionar a su cuerpo y ha empezado a corregir posturas, trata de hacer más lento las cosas y tiene menos dolor.

Objetivo	Técnica	Estrategia	Método
Conocer su manera de pensar y sentir frente al dolor.	Técnica ABC.	Darse cuenta la relación mente, dolor y cuerpo.	Entrevista. Registro.
Resultado			
La paciente reconoció que su forma de pensar incrementaba la sensación de dolor y aumentaba el nivel de insatisfacción.			
Tarea			
La paciente debe aplicar la técnica.			

Técnica del ABC

SITUACIÓN Y ACONTECIMIENTO A	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO B	ESTADO EMOCIONAL C
Dolor.	Me quedaré inválida-	Cólera.
Preguntas auto-reflexivas.	Qué evidencias tiene usted que se quedará inválida.	
	Ninguna.	Tranquilidad.
	Es una idea racional e irracional.	
	Irracional.	Bienestar.
	Es la única manera de pensar.	
	No, hay varias.	Tranquilidad.
Cambio de pensamiento negativo a positivo.	Que va estar bien, no es grave el dolor y que está en proceso de rehabilitación.	Bienestar.

ESTRUCUTURA DE LA TERAPIA FAMILIAR:

Composición familiar

Familia nuclear conformada por 4 miembros, los padres de 66 y 60 años, 1 hija de 29 años, casada, trabaja en una empresa particular como contadora, vive independientemente con su esposo, y el P.I. de 26 años, soltero, estudiante de redes, sin trabajo, vive con sus padres y se encuentra en tratamiento en psiquiatría desde hace 8 años por un cuadro de bipolaridad.

Dinámica familiar

La familia es un sistema abierto, con límites difusos por la cercanía de los padres que impiden la independencia del hijo menor. Llegan a consulta debido a dos aspectos familiares que causan múltiples desencuentros en el interior del grupo familiar. En primera instancia, la madre se encuentra sumamente angustiada por los comportamientos inadecuados del hijo menor, que tiene problemas emocionales y en los últimos meses se ha abandonado y no realiza actividades acorde a una persona de su edad. Esta situación angustia a los padres, ya que no saben cómo manejar los conflictos que se presentan con él. El segundo aspecto es que, últimamente, las pautas de interacción entre ellos está siendo tensa y conflictiva por el desacuerdo en el modo de actuar frente a las conductas inadecuadas de su hijo. Según Carmen, no se respetan las normas del hogar, se contradicen cada una de sus órdenes y a veces no siente el apoyo del esposo. Aparentemente los esposos tienen una buena relación a pesar que la actitud autoritaria del esposo, lo cual le incomoda a Carmen, y viceversa, al esposo le molesta la conducta sobreprotectora de la esposa. Existe una relación fusionada y sobreprotectora entre Carmen y su hijo, como una relación autoritaria con su padre.

Por su dinámica familiar, se trata de una familia, en el ciclo evolutivo de la independencia, con una organización jerarquía. Los límites y las normas no son claros, lo que crea confusión frente a la función de la autoridad en la familia. Existe roles confusos en la pareja.

I. objetivos:

1. Elaborar un diagnóstico estructural (alianzas, coaliciones, jerarquías, límites).
2. Aprender nuevos procedimientos para establecer relaciones democráticas con su hijo.
3. Mejorar los comportamientos de los padres para construir relaciones positivas con su hijo.

4. Pasar del problema personal al aspecto familiar, en el caso de Luis.
5. Fortalecer la capacidad de escuchar, de resolver conflictos y de cómo utilizar la estimulación.
6. Identificar y comprender las creencias de los padres en relación a su rol dentro de la familia.
7. Mejorar los límites, las reglas entre los subsistemas.
8. Fortalecer la disposición al cambio para mejorar las pautas de interacción.
9. Distribución jerárquica de la autoridad.

Metodología

En el tratamiento de la familia presentada se aplicó el modelo estructural y estratégica.

El primer contacto

En la primera entrevista de terapia familiar asisten la madre, el padre y el hijo llamado Manuel, que es definido como paciente identificado, no asistió.

Análisis de la demanda:

Dificultad de los padres para controlar los comportamientos inadecuados de su hijo.

Planteo del problema	
Padres confusos, ansiosos y preocupados por la forma inadecuada de afrontar la problemática de la enfermedad de su hijo. Pareja con dificultades para ponerse de acuerdo en la forma de actuar con su hijo, lo cual genera tensión en sus relaciones cotidianas, solicita ayuda para que les hagan entender sus equivocaciones y aprender una forma distinta de actuar.	
hipótesis	**Objetivo**
Jerarquía familiar incongruente con relación al ciclo vital familiar, hijo no ha logrado su independencia, continúa viviendo bajo la tutela de los padres.	Explorar la estructura. Obtener información sobre lo que está ocurriendo. Determinar las metas del tratamiento.
Técnicas	**Estrategias**
Utilizar las reglas del clima familiar. Recabar información de la visión individualizada del problema. Organizar a la familia en subsistemas.	Adaptar el lenguaje terapéutico al de la familia. Prestar atención especial a las semejanzas y diferencias entre los padres. Ampliar el foco del problema.

Etapas de la primera sesión

Etapa social: El terapeuta se presenta, da una breve introducción sobre en qué consistirá la terapia, luego se dirige a la paciente preguntándole datos relevantes de la familia para establecer un buen "rapport" con ella.

Terapeuta: ¿En qué puedo serles útil?

Carmen: Estoy muy preocupada por mi hijo, que tiene problemas para asumir responsabilidades.

Terapeuta: ¿Qué opina su esposo sobre su preocupación?

Carmen: Él está molesto porque su hijo hace caso omiso a sus órdenes y está preocupado por mi situación de salud.

Etapa de interacción:

Terapeuta: ¿Viene usted porque el médico le recomendó una terapia o porque usted lo cree necesario?

Carmen: Vengo porque estoy convencida de necesitar apoyo psicológico y esto va a permitir que mejoren mi actitud con mi hijo y mis malestares físicos.

Terapeuta: ¿Quién más cree Ud. que debe estar aquí?

Carmen: Definitivamente mi hijo, él dice que no va a venir a terapia porque "está cansado de ir a muchas y que los problemáticos somos nosotros".

Terapeuta: ¿Qué piensa Ud. de la afirmación de su esposa?

Luis: Pienso que es un pretexto de mi hijo para no reconocer sus errores y creo que él tiene miedo a mostrar su verdadera forma de ser, o de repente se siente muy cómodo con la vida que viene haciendo, hace un año que dejó de estudiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Terapeuta: De todo lo qué usted ha referido, ¿qué es lo que más le preocupa?

Carmen: Mi relación con mi hijo y mi esposo.

Terapeuta: Si estuviera su hijo, ¿pensaría lo mismo que usted?

Carmen Estoy segura que sí.

Terapeuta: ¿Cómo está su relación con él actualmente?

Carmen: Bueno, actualmente la situación no está bien, porque él es una persona egoísta, no se preocupa por salir adelante, le gusta estar en la computadora para jugar y más bien yo debo decirle cómo debe conducirse y como debe hacer las cosas. Parece que eso le molesta.
Terapeuta: ¿Cómo cree usted que su esposo definiría la relación?
Carmen: Él dice que yo lo abrumo, que le quito autoridad, que estoy más pendiente de mí hijo que de él, por eso que él se molesta conmigo y más aun si le digo cómo debe actuar.
(Se aplica la técnica de la silla vacía: ambos padres utilizan la imaginación para rellenar el espacio del hijo ausente).

Conclusión de la intervención:

Se utilizó la técnica de unión, que permitió al terapeuta generar un clima agradable, facilitando a la pareja una mejor disposición y seguridad para acomodarse al medio terapéutico, logrando la confianza suficiente para poder plantear las intervenciones específicas.
En esta etapa se trató de hacer algunas connotaciones positivas y a la vez sugerir la posibilidad de que su hijo estuviera en la próxima reunión. Se fijó la próxima cita para la semana siguiente.
Terapeuta: Carmen, a pesar de tener muchos problemas y discusiones con su hijo, me parece que existe algo muy fuerte e importante con él y su esposo. Es necesario que él esté presente en la próxima sesión para que en forma conjunta podamos averiguar qué es.
Carmen: Cree Ud. que hay algo fuerte que nos mantenga unidos, qué podrá ser, me deja usted intrigada.

Análisis de la relación
Relaciones entre los padres: Por lo general están mediatizadas por un hijo que suele ser el Paciente Identificado, que es utilizado como vehículo de comunicación entre ambos, de esta manera, cada cónyuge puede manifestar su crítica respecto al otro progenitor sin peligrar su relación conyugal. Pueden observarse coaliciones y alianzas en la familia.
Tarea
A partir de la fecha y hasta la próxima sesión se fijen en lo que si va bien en esta familia.

Segunda sesión:

La paciente refiere que después de la terapia ha tenido más valor y ha conversado bastante con su hijo, él es consciente de perder muchas cosas por el juego, desea revertir las cosas,

sus amigos se han adelantado, le gustaría seguir estudiando. El padre también habló con él, le dijo que debe afrontar la vida, a él le cuesta asumir responsabilidades pero tiene momentos que se entusiasma, se muestra fuerte y después decae. A veces nos chantajea poniéndose enfermo.

Análisis de la demanda:

Los padres refieren que se sienten culpables por la sobreprotección que le dan a su hijo menor, le solucionan las cosas y él los manipulaba hasta cierto punto. Su hijo menor intenta evadir las normas y límites impuestas en el hogar, desempeñando el papel de "miembro que necesita un trato especial". A veces él les da órdenes para que le hagan sus cosas y los trata como si fueran ellos sus hijos.

Planteo del problema	
Padres confusos frente al manejo de las autoridad en el hogar	
Hipótesis	**Objetivo**
Inconsistencia en las normas que se encuentra en el interior del grupo familiar Por temor de los padres a que su hijo recaiga.	Registrar los roles y el manejo de la autoridad en el sistema familiar. Elaborar el Genograma (ver en Diagnostico)
Técnicas	**Estrategias**
Utilización del Genograma (se elaboró conjuntamente con los padres). Entrevista semi-estructurada.	Reconstruir la familia diagramando sobre el papel los patrones interacciónales. Recabar información de los roles.

Etapa de interacción:

Terapeuta: ¿No cree usted que se parece a su esposo en el control al momento de exigirle a su hijo que cumpla con sus deberes?
Carmen: Quizás, no me he dado cuenta.
Terapeuta: ¿En qué cree usted que se parece a su esposo?
Carmen: Probablemente en el control.
Terapeuta: Parece que es más fácil controlar a otros que a uno mismo.
Carmen: Bueno, sí, de repente debo controlarme más a mí misma, pero ¿cómo?

Terapeuta: Luis, parece que Carmen no es consciente de la manera en que te controla. ¿Podrías explicarle cuáles son sus estrategias de control?
Luis: Ella lo sabe muy bien, se lo he dicho varias veces.
Terapeuta: Podría utilizarlo para controlarse ella misma.
Carmen: Tiene usted razón Dr. voy a empezar a ponerlo en práctica, no me había dado cuenta.

Conclusión de la intervención:

Mediante el uso de la técnica del genograma, los padres pudieron observar en el gráfico las interacciones disfuncionales de su familia, esto permitió una mejor comprensión de cómo sus acciones contribuían a la inconsistencia en la aplicación de las normas y límites. También tomaron conciencia y reflexionaron al tener una visión más amplia de su funcionamiento y de su recorrido histórico como familia.

Análisis de la relación
La familia se ha organizado centrándose en los síntomas del hijo y en ciertos casos se empeña en mantener esa postura.
Tarea
A partir de la fecha y hasta la próxima sesión observar su propia reacción y sus sentimientos ante el comportamiento inadecuado de su hijo y observar la reacción de él ante los intentos de corrección.

Tercera sesión

Los padres refieren que han aplicado la tarea sugerida de observar sus comportamientos ante los problemas que presentan su hijo, se han dado cuenta que se molestan fácilmente cuando su hijo no hace lo que le piden y tienden a controlarlo mucho. También son conscientes que él usa su enfermedad para hacerlos sentir mal y buscar un trato especial.

Análisis de la demanda:

Les es difícil a los padres saber cómo actuar ante algunas conductas de insuficiencia y rebeldía que su hijo demuestra. Al realizar la tarea se han dado cuenta que cuando notan ese tipo de

conducta compadecen a su hijo pensando que sufre por su enfermedad, por lo que terminan cediendo a sus peticiones. En otros momentos, lo ven fuerte y oposicionista cuando le dicen que deje de jugar tanto tiempo en la computadora y ahí no demuestra esa conducta, es todo lo contrario, los refuta y se molesta. Eso los confunde porque en ese momento no presenta síntoma alguno.

Formas de aplicar disciplina

Padre y madre: exige, premia, castiga y trata de ganar. Insiste en que tiene la razón y que el hijo está equivocado. **(Control)**
Padre y madre: Le tienen lástima al hijo, toman las responsabilidades, sobreprotegen, actúan como si tuvieran la razón, consienten al hijo y lo avergüenzan. (**Subestiman)**
Madre: Preocupada por ser justa. Da pero con condiciones. **(Deber)**
Madre: Exige perfección de todos, encuentra errores, se preocupa demasiado por el qué dirán, presiona al hijo para que haga lo correcto. **(Perfección)**

Planteo del problema	
Padres con dificultad para diferenciar entre el buen padre y padre responsable	
Hipótesis	**Objetivo**
Los padres están en desacuerdo en cuanto a los métodos para imponer disciplina.	Aprender a respetar sus diferencias y a utilizarlas adecuadamente al momento de imponer la disciplina.
Técnicas	**Estrategias**
Observar las discrepancias y cómo resuelve la pareja ese problema. La técnica del rastreo.	Adaptación del ciclo vital al ajuste de la edad de su hijo. Repetir la última frase de un miembro de la familia y estimular un comentario.

Análisis de la demanda:
Etapa de interacción:

Carmen: Todos los días le digo a mi hijo que no permanezca mucho tiempo en la computadora.

Terapeuta: ¿Qué le responde su hijo?
Carmen: Que es lo único que lo mantiene tranquilo o prefiero verlo en su cama pensando.
Terapeuta: ¿Usted qué hace?
Carmen: Lo dejo porque prefiero verlo activo que apático.
Terapeuta: ¿Mientras usted cede a la petición de su hijo qué dice su esposo?
Carmen: Él se molesta conmigo y después se dirige a su hijo para pedirle en forma autoritaria que se vaya a dormir.
Luis: Intervengo porque lo veo hasta altas horas de la noche y no deja descansar a su madre que está recién operada de la columna, pero mi esposa me reprocha e insiste que no soy un buen padre porque no es la manera de tratarlo.
Terapeuta: Veo que están entrampados para poner en práctica el rol del buen padre y padre responsable.
Carmen y Luis: Así es.

Conclusión de la intervención:

Al término de la sesión, los padres pudieron darse cuenta de que la forma distinta de aplicar la disciplina crea conflictos de lealtad: con frecuencia la orden de uno de ellos choca con la orden del otro. En ese caso su hijo recibe de cada padre órdenes distintas y conflictivas que anulan o destruyen al otro.

Análisis de la relación
El hijo está siendo puesto al servicio del ideal de los padres, y así, probablemente ha incorporado en su personalidad los aspectos negados y rechazados de la personalidad de los padres, se puede entender por qué el hijo se convierte de pronto en un sintomático obstinado y desafiante.
Tarea
A partir de la fecha y hasta la próxima sesión el Sr. Luis, los días impares, seguirá con su forma habitual de imponer disciplina y los días pares buscará nuevas formas. La Sra. Carmen los días impares, buscará nuevas formas de aplicar disciplina y los días pares seguirá con su forma.

Cuarta sesión

Los padres refieren que se les ha hecho difícil cumplir con la tarea, les gana la emoción y la impaciencia porque vuelven a actuar de la misma manera. Hay momentos en los que Carmen no deja a su hijo tomar sus propias decisiones y Luis interviene para pedirle que lo deje de sobreproteger, y terminan discutiendo ambos. Aun al padre le cuesta manejar a su hijo, lo que conlleva a tropezar con la oposición de la esposa, ya que ella reclama que no lo trata bien.

Análisis de la demanda:

Roles:

Su función paterna está limitada casi exclusivamente al apoyo afectivo que brinda a su hijo y a la crítica de la esposa por su inadecuado apoyo a su hijo. En relación a las funciones afectivas y las relacionadas con la autoridad las asume de una manera poco eficaz.

La madre asume una posición activa en lo referente a las decisiones y determinaciones que se toman en la familia. Quiere asumir el control total de las responsabilidades del hogar.

El hijo mayor intenta evadir las normas y límites impuesta en el hogar, desempeñando el papel de "miembro síntoma".

Planteo del problema	
Padres con dificultad para manejar situaciones relacionadas con las funciones paternas y maternas.	
Hipótesis	**Objetivo**
Los padres están en competencia de quien maneja mejor la situación del hijo. No se ha producido un cambio estructural de acuerdo al ciclo vital.	Esclarecer roles. Aprender nuevos procedimientos para establecer relaciones democráticas.
Técnicas	**Estrategias**
Desequilibramiento Connotación positiva.	Modificar la jerarquía dentro del subsistema parental. Cambiar la percepción del modo cómo ven los padres el problema de jerarquías: distanciamiento vs intimidad.

Etapa de interacción:

Luis: El problema que tenemos es que mi hijo no quiere levantarse temprano para venir a terapia y mi esposa no le dice nada para que se acueste temprano.
Terapeuta: Sra. Carmen, ¿su hijo es un chico al que le gusta la noche?
Carmen: Le gusta estar más activo en la noche que en el día.
Terapeuta: Usted lo ayuda a que sea menos activo en el día.
Carmen: Sí.
Terapeuta: ¿Quién lo despierta?
Carmen: Yo, pero no me hace caso y me molesto.
Terapeuta: ¿Cuánto tiempo viene haciendo lo mismo?
Carmen: Hace varios años.
Terapeuta: ¿Le dio resultado?
Carmen: No.
Terapeuta: ¿Habría otro modo de lograr que se levante temprano su hijo?
Carmen: Si, que mi esposo lo haga, pero sin criticar, porque a él sí le hace caso.

Conclusión de la intervención:

Al término de la sesión los padres comprendieron que del conflicto que sostenían pasaron a buscar una alianza, además mostraron mayor acuerdo en acercar la relación Padre-Hijo, y la madre en apoyar al esposo.

Análisis de la relación
Funcionamiento defectuoso que no permite posicionar la jerarquía correcta.
Tarea
Padre deberá aplicar disciplina al hijo por una semana, esposa informar los avances o problemas. A la semana siguiente le tocaría a la madre aplicar la disciplina.

Quinta sesión

La Sra. Carmen refiere que es preferible que su padre se encargue del manejo de su hijo porque ambos como hombres comparten cosas comunes, ha notado que su hijo obedece más

al padre y está cambiando en su actitud, está levantándose más temprano, ayuda a su papá en las cosas que le pide, como cortar el césped, y está menos en su cama. Además refiere que al no estar controlando a su hijo ha hecho que dirija más su atención en su dolor de columna, lo cual ha incrementado la sensación de malestar, se siente más sensible, sola y pensativa.

Análisis de la demanda

Madre sobre involucrada con el hijo, con dificultad para mantener distancia e independencia.

Planteo del problema	
Maximizar la involucración de la diada Padre- Madre, con el apoyo del hijo.	
Hipótesis	**Objetivo**
Ordenar el Sub sistema parental con el hijo en la periferia para su independencia.	Restablecer la diada de pareja. Mejorar los límites, las reglas entre los subsistemas.
Técnicas	**Estrategias**
Refrenamiento. Rastreo.	Resaltar modalidades disfuncionales y cambio en el sistema de control. Repetir la última frase de un miembro de la familia y estimular un comentario.

Etapa de interacción:

Terapeuta: ¿Cómo se sintió al momento de aplicar la técnica?
Carmen: Al principio, excluida, limitada y nerviosa.
Terapeuta: ¿Le fue difícil dejar de controlar a su hijo?
Carmen: Sí, porque creía que nadie lo iba a hacer mejor que yo, pero mi esposo lo hizo muy bien porque compartieron cosas de hombres y se vincularon mejor.
Terapeuta: Luis, mientras usted compartía con su hijo, ¿qué hacia su esposa?
Luis: Ella estaba distante y ha empezado a tener mayor dolor cuando hace los quehaceres de la casa.
Terapeuta: Carmen, ¿ahora tiene más tiempo para pensar en usted?
Carmen: sí, pero no me gusta, porque me siento sola y siento que no cumplo mi labor de madre.

Terapeuta: Luis, en esta etapa familiar, ¿cuál de roles debe predominar: la de padres o esposos?
Luis: La de esposo, para que mi hijo se haga cargo de sí mismo y nosotros nos hagamos cargo de nuestra salud y vejez.

Análisis de la relación
Dificultad de la madre para desvincularse de la diada madre e hijo.
Tarea
Padre encargarse de atender a su esposa y enseñarle a su hijo controlar a su madre a descansar y no hacer esfuerzos.

Sexta sesión

Los padres refieren sentirse mejor al notar que su hijo está cambiando al igual que ellos, que están menos pendientes del hijo y más atentos a ellos mismos. Su hijo ha reaccionado de buena manera ante los cambios de ellos, está pendiente de ellos, más entregado a todo, se nota que desea ser más responsable, está más entusiasmado y motivado para buscar un trabajo, están dejando que tome sus propias decisiones Los padres han cambiado sus actitudes hacia él, y él está respondiendo de una forma más positiva.
Hace unos días está más enfocado en sus proyectos, quiere seguir el ejemplo de su hermana, siente menos presión por sus padres, hoy perciben al hijo con ganas de lograr su metas.
Aún la madre exige al hijo que dedique menos tiempo a la computadora, por temor de que regrese a lo mismo de antes.

LAS INTERVENCIONES ESTRUCTURALES

Operación Joining:

El terapeuta propició en la familia una imagen favorable a través de la aceptación de la problemática que ellos traían a la terapia. Cuando era necesario intervenía con preguntas aclaratorias o de reflexión, situación que le permitía el liderazgo y también se aliaba con algunos subsistemas e ignoraba otros para buscar cambios.

Identificación del síntoma

El terapeuta con la ayuda de la familia definió el síntoma que principalmente era una jerarquía débil y difusa, así mismo, invasión de límites y confusión de roles entre sus miembros, lo que originaba problemas en su interacción y en la comunicación familiar.

Descripción y cambio

Los cambios se dieron en el subsistema parental, mejorando las relaciones entre ellos a través de una comunicación espontánea y abierta así como el respeto a los límites. En el sistema familiar se reestructuró la jerarquía, cambiando las reglas y normas, lo que produjo un mayor acercamiento entre sus miembros.

Seguimiento

Se acordó tres citas de seguimiento una vez al mes. La siguiente corresponde en el mes de agosto.

Objetivos y logros

Aspectos desarrollados	En inicio	En proceso	Logrado
Elaborar un diagnóstico estructural (alianzas, coaliciones, jerarquías, límites).			X
Mejorar los comportamientos de los padres para construir relaciones positivas con su hijo.		X	
Pasar del problema personal al aspecto familiar en el caso de Luis.		X	
Fortalecer la capacidad de escuchar, de resolver conflictos y cómo utilizar la estimulación.			X
Identificar y comprender las creencias de los padres en relación a su rol dentro de la familia.		X	
Mejorar los límites, las reglas entre los subsistemas.		X	

Resultados percibido por los padres

Aspectos desarrollados	Superior a lo esperado	Probables	Poco probables
Aprender nuevos procedimientos para establecer relaciones democráticas con su hijo.		X	
Mejorar los comportamientos de los padres para construir relaciones positivas con su hijo.	x		
Mejorar los límites, las reglas entre los subsistemas.		X	

ESTRUCUTURA DE LA TERAPIA GRUPAL.

Planificación de las sesiones y tratamiento.

El proceso terapéutico tendrá una duración de 8 sesiones (por motivos de tiempo y espacio), en el presente trabajo desarrollaré en forma concisa las sesiones, las cuales estarán estructuradas de la siguiente manera:

Objetivos Generales:

- Manejo del paciente: aumentar la adherencia terapéutica y favorecer la readaptación conductual.
- Manejo del dolor: para disminuir en lo posible las molestias ocasionadas por éste y que el paciente realice sus actividades cotidianas.
- Manejo de su proceso de adaptación: mejorar sus habilidades para recuperar el nivel de ajuste a las condiciones físicas.
- Rehabilitación: se centra en el establecimiento de nuevas conductas.
- Prevención del estrés y reducción de factores de riesgo.

Metodología

Es un curso – taller participativo y activo, organizado por un facilitador que promueva en el grupo de pacientes un debate abierto de los temas impartidos. Se promoverá la iniciativa de exponer, en forma voluntaria, sus puntos de vista, su apreciación con respecto al tema, en base a su experiencia, y pedirles que busquen autodirecionalidad y autoorganización.

Primera sesión

Se inicia la sesión haciendo referencia a la principal característica por la que están los pacientes en terapia: el dolor.

En la segunda etapa se explica el porqué del tratamiento psicológico en un problema que parece solo físico para luego introducir el aspecto de la experiencia subjetiva del dolor que incide en la sensación del malestar. Posteriormente se plantea las normas:

Normas del grupo

Puntualidad: estar a la hora exacta.

Asistencia a las sesiones: solo por causas de fuerza mayor se le justificará su inasistencia, previo aviso.

Tareas entre sesiones: Con el fin de avanzar el tratamiento.

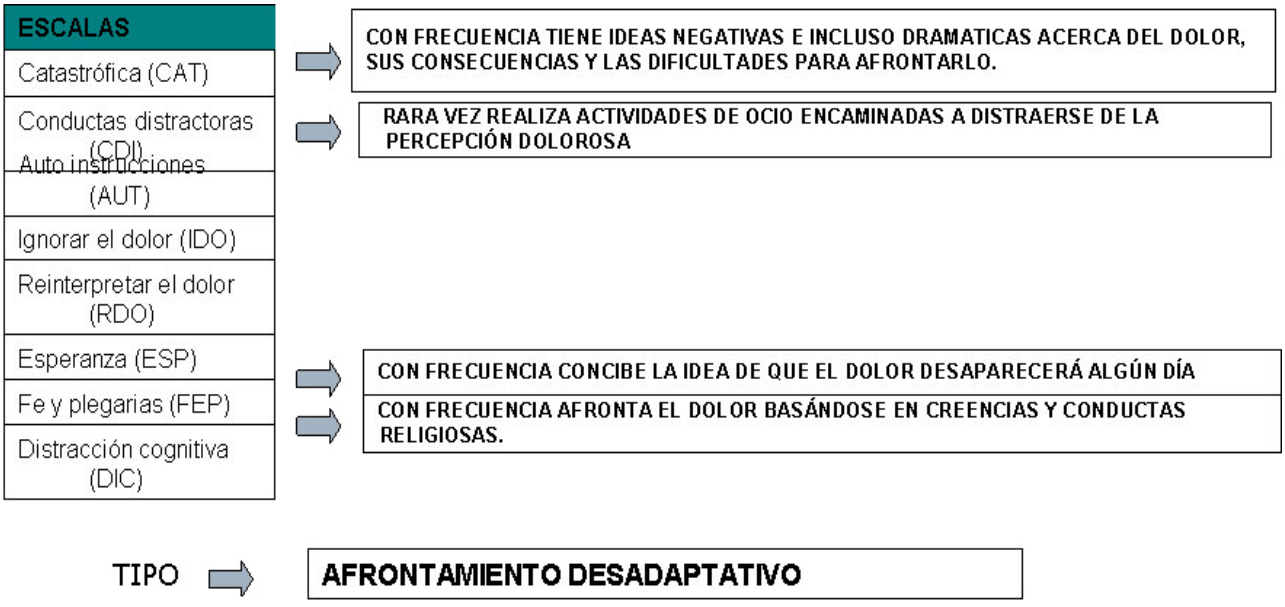
<table>
<tr><td>Objetivo.</td><td colspan="2">Proporcionar información del taller.
Evaluación del afrontamiento al dolor.
Tomar conciencia de su estilo de creencia y errores sobre el dolor.</td></tr>
<tr><td>Técnica.</td><td colspan="2">Reestructuración cognitiva.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Desarrollo de la actividad.</td><td>Método.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos. “Aspectos psicológicos del dolor”.
Indicar los motivos del test.
Aplicar escala para evaluar grado de afrontamiento al dolor.
Explicar las distorsiones cognitivas que las pacientes suelen realizar al interpretar el dolor.
Ejemplos que se emplean para ilustrar las interpretaciones subjetivas e irracionales del dolor.
Ejercicio donde analicen la situación y los pensamientos que tienen con respecto al dolor.
Aplicar el cuestionario de afrontamiento al dolor.</td><td>Exposición.

Cuestionario.

Dinámica.

Registro.</td></tr>
<tr><td>Tarea.</td><td colspan="2">Elaborar un registro de sus pensamientos sobre el dolor.</td></tr>
</table>

Prueba de entrada:



Triada Cognitiva

Visión negativa de si mismo	***Visión negativa de los otros***	***Visión negativa del futuro***
Me siento inútil porque no puedo hacer mis cosas como antes".	"Mi familia no entiende que me duele, creen que les estoy mintiendo"	No sé qué pasará, no sé si podré soportar el dolor".

Pensamientos sobre el dolor:

Presente:	**Futuro**
El dolor es malo.	El dolor me limitará para siempre.
El dolor no me deja ser como antes.	El dolor será peor más adelante.
El dolor me deprime.	Me costará aceptar el dolor.
El dolor es producto de mi lesión.	No seré capaz de manejar mi dolor.
El dolor me cansa.	Me preocupa defraudar a mi familia.

Evento	Pensamiento	Grado de creencia (0 -10)
Dolor	Es malo.	8
	Me limitará para siempre.	7
	Es producto de mi lesión.	10
	Será peor más adelante.	8
	Me deprime.	8
	Me preocupa defraudar a mi familia.	7
	El dolor me cansa.	9

Segunda sesión

Repaso.

¿Cómo le ayudó las técnicas aprendidas?

Revisión de la Tarea: Revisar los registro de su pensamiento sobre el dolor.

Objetivo	**Aprender a manejar el cuerpo.**	
Técnica	**Relajación y respiración.**	
Desarrollo de la actividad.		**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos. Se explica los beneficios de la relajación y respiración. Ejercicios: técnicas de respiración, observación corporal, relajación muscular pasiva y meditación.		**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea.	Aplicar las técnicas y el registro.	

Tercera sesión

Repaso.

¿Cómo le ayudó las técnicas aprendidas?

Revisión de la Tarea: Registro de la práctica de relajación.

Registro de la práctica de relajación.

Día y hora	Facilidad para respirar (0-10)	Concentración durante el ejercicio (0-10)	Zona del cuerpo menos relajada	Zona del cuerpo más relajada	Grado de relajación alcanzado (0-10)
1	9	5	Piernas	Espalda	4
2	9	4	Cadera	Cuello	3
3	8	8	Manos	Cuello	4
4	9	6	Piernas	Hombros	6
5	7	8	Piernas	Espalda	7
6	9	8	Manos	Cuello	8

Objetivo.	**Mejorar la adherencia al tratamiento (ejercicio).**
Técnica.	**Modificación de autofrases negativas.**

Desarrollo de la actividad.	**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos. Importancia del cumplimiento del ejercicio y de las recomendaciones sobre sus actividades. Explicar las autofrases que las pacientes suelen hacer con respecto al ejercicio y seguir las recomendaciones. Ejemplos que se emplean para ilustrar las modificaciones de autofrases negativas. Señalar las instrucciones para resolver el Diario del dolor y del autoregistro sobre la práctica del ejercicio.	**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea: Aplicar los autoregistros.	

Hoja de autoregistro sobre la práctica de ejercicio físico.

Antecedentes	Día y hora	xxxx
	Apetencia de hacer ejercicios (0-10)	5
	Estado de ánimo antes (0-10)	4
	Otras cuestiones relevantes	Temor para hacer ejercicios
Adherencia	Tareas a realizar y cumplimiento	Pausas activas
	Esfuerzo realizado	Moderado
	Cansancio y dolor (0-10)	4
Consecuencias	Estado de ánimo después (0-10)	8
	Satisfacción personal (0-10)	9
	Observaciones	Disminuyó el dolor

Diario del Dolor: Ver en anexos

Hora	**¿Dónde siento dolor?**	**¿Qué tan fuerte es mi dolor?**	**¿Qué estaba haciendo antes de que el dolor o aumentara?**	**¿Cómo lo hago?**	**¿Qué siento?**	**¿Qué pienso?**	**¿Qué hago?**
09 a.m.	En la zona lumbar.	Moderado.	Poniéndome los zapatos.	Flexionando mi columna.	Punzón como aguja.	Que el dolor pase.	Reniego.

Cuarta sesión

Repaso.

¿Cómo se sintió registrando sus actividades? ¿Cuántas actividades hizo cada día?
¿Cuáles son los obstáculos que le impiden hacer actividades acorde a su limitación?

Revisión de la Tarea: Registro del diario del dolor y del ejercicio

Objetivo.	**Redireccionar la atención.**	
Técnica.	**Visualización.**	
Desarrollo de la actividad.		**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos. La influencia de los procesos atencionales implicados en la percepción del dolor. Aplicar técnica de la observación de sus sentidos y aceptación de sus sensaciones. Señalar las instrucciones para resolver el autoregistro sobre las técnicas aplicadas.		**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea.	Aplicar las técnicas y registrarlas.	

Quinta sesión

Repaso.

¿Cómo se ha sentido después de aplicar las técnicas aprendidas?

Revisión de la Tarea: Revisar los registro.

Objetivo.	**Reordenar la organización del tiempo y actividades reforzantes.**	
Técnica.	**De autocontrol.**	
Desarrollo de la actividad.		**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos. La organización y adaptación de las actividades. Aplicar técnica de autocontrol del pensamiento. Señalar las instrucciones para resolver el análisis funcional y hacer el esquema básico para organizarse bien y optimizar el uso del tiempo. Aplicar El registro.		**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea.	Aplicar la técnica y el registro.	

Sexta sesión

Repaso.

¿Cómo le ayudó la organización de su tiempo?

Revisión de la Tarea: Revisar los registro.

Objetivo.	**Mejorar el manejo de las emociones.**
Técnica.	**Pensamientos irracionales (dañinos) y técnicas de relajación.**
Desarrollo de la actividad.	**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos .Se explica los síntomas de ansiedad y depresión y su relación con el dolor. Aplicar técnica de pensamientos irracionales. Aplicar técnica de relajación de shultz. Aplicar registros.	**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea.	Aplicar las técnicas y el registro.

CATEGORIAS DE PENSAMIENTOS DAÑINOS Y SUS REMEDIOS

Categoría de Pensamiento Dañino	**Pensamiento Dañino**	**Remedio**
Filtro Negativo (Ignorar lo Positivo) Solo ve y recuerda lo negativo. Ignora eventos positivos. De esta forma se queda con un trago amargo. (Como si solo café amargo pasara por su filtro).	Ya estoy cansada de esta situación que me fastidia "el resto del día".	Trate de poner atención a lo positivo. **No** Por cada cosa negativa que piense, trate de también enfocarse en una cosa positiva. **El dolor no es malo, me avisa lo que no puedo hacer**. Escriba cosas positivas en una tarjeta. Durante el día lea la tarjeta y recuerde estas cosas.

Sétima sesión

Repaso

¿Cómo le ayudó las técnicas aprendidas?

Revisión de la Tarea: Revisar los registro.

Objetivo.	**Mejorar las estrategias para afrontar el dolor.**
Técnica.	**Reestructuración del pensamiento.**
Desarrollo de la actividad.	**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos .Se explica las estrategias y modelos para afrontar adecuadamente el dolor. (Centrados en el problema y la emoción). Aplicar técnica de reestructuración del pensamiento. Aplicar técnica de respiración. Aplicar registros.	**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea.	Aplicar las técnicas y el registro.

Octava sesión

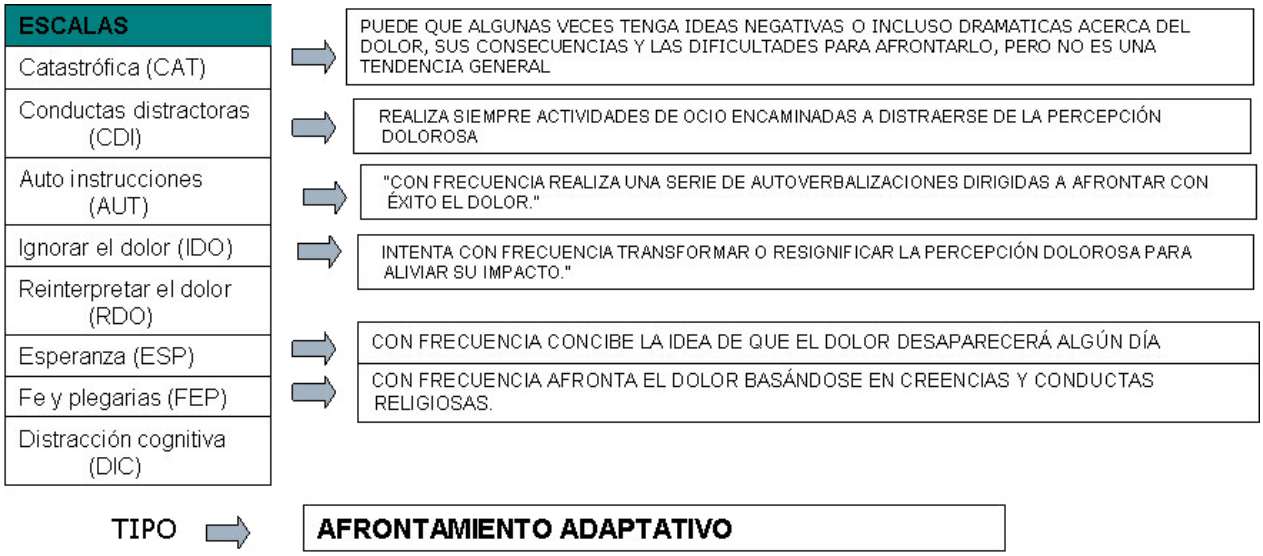
Repaso.

¿Cómo le ayudó las técnicas aprendidas?

Revisión de la Tarea: Revisar los registro.

Objetivo.	**Conocer, manejar y aplicar elementos conceptuales y prácticos en el manejo del estrés (individual y laboral)**
Técnica.	**Técnicas de afrontamiento al estrés.**
Desarrollo de la actividad.	**Método.**
Se hace la presentación del tema indicando el motivo por el cual están reunidos. El estrés. Explicar las señales o síntomas de estar bajo estrés. Aplicar técnica de afrontamiento al estrés. Aplicar el re test del cuestionario de afrontamiento al dolor Aplicar registros.	**Exposición.** **Dinámica.** **Registro.**
Tarea.	Aplicar las técnicas y el registro.

Prueba de salida.



Evaluación de satisfacción por parte del médico tratante.

Califique su satisfacción con respecto a unos aspectos.

	Preguntas	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Conforme	Satisfecho	Muy satisfecho
1	El tiempo que duraron los trámites administrativos en admisiones.	13	1	2	1	1
2	El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido el día de su cita	0	0	6	2	10
3	El trato que usted recibió por parte del medico	0	0	0	0	18
	El trato que usted recibió por parte del Psicológico	0	0	0	0	18
	El trato que usted recibió por parte del Terapista físico	0	0	1	2	15
	El trato que usted recibió por parte del Terapista ocupacional	0	0	1	6	11
4	La claridad de la información brindada por:					
	Profesional medico que lo atendió	0	0	0	0	18
	Profesional psicólogo que lo atendió	0	0	0	2	16
5	Las condiciones de privacidad para su atención	0	1	1	3	14
6	La limpieza y aseo de las instalaciones (sala de espera, consultorio, baños	0	3	4	5	6
7	Seguridad de la Institución	1	2	3	7	5
8	Discreción y confidencialidad del personal	0	1	1	4	12
9	Comodidad de las instalaciones	8	3	5	0	2
10	Facilidad para localizar los diferentes sitios para la atención	9	3	2	4	0

BIBLIOGRAFIA

Buceta, J.M. y Bueno A.M.(1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Ediciones. Pirámide S.A

Buela-casal, G.; Caballo, E. y Sierra, J. C. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: editores siglo veintiuno, S.A.

Bennasar, M. (2010). Trastorno de Personalidad: España: Editorial Lexus.

Caballo, V. E.; Salazar, I. C. y Salazar, Carrobles J. A. (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. España: Ediciones Pirámide.

Caballo, V. E. (2002). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. España: editorial Siglo veintiuno.

Clark, D.A. y Beck, A.T. (2012).Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Godefroy, C.H. y Steevens, D. R. (2001). Las técnicas del pensamiento positivo. España: Ediciones Robinbook.

Ferreira. (2003)"mitos familiares" en interacción familiar. Buenos Aires: Edit. Buenos Aires.

Krueger, D. K. (1998). “Psicología de la Rehabilitación”. Barcelona: Editorial Herder.

Haley, J. (1994)- Terapia no convencional. España: Editores Amorrortu.

Haley, J. (1990). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Editores Amorrortu.

Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). El arte de la terapia estratégica. Barcelona: Ediciones Paidos.

Labrador, F. J.; Muñoz L. M. y Cruzado Rodríguez, M.L. (2004). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. España: Ediciones Pirámide S.A.

Madanes, C.(1984). Terapia familiar estratégica. Buenos aires: Editores Amorrortu.

McGoldrick, M. y Gerson, R.(1987). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Editorial Gedisa.

Roesser, R. y Bolton, B. (1891). Rehabilitación física, mental y social, México: Editorial. Limusa.

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

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

Umbarger, C. C. (1983). Terapia familiar estructural. Buenos aires: Editores Amorrortu

Watzlawick, P. y Nordane G. (2000) Terapia breve estratégica. Buenos aires: Editorial Paidos .

Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1989) Teoría de la comunicación humana. (pp. 21-114). Barcelona, España: Editorial Herder.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA

DATOS DE FILIACIÓN: Fecha: / /

APELLIDOS Y NOMBRES :
EDAD :
Nº de SS :
GRADO DE INSTRUCCIÓN :
LUGAR DE NACIMIENTO :
ESTADO CIVIL :
Nº HIJOS :
OCUPACION :
CENTRO DE TRABAJO :
PUESTO :
INICIO DESCANSO MEDICO :

HISTORIA MÉDICA:
DIAGNOSTICO :
TIEMPO DE ENFERMEDAD :
HISTORIA PSICOLOGICA:
ANTECEDENTES DE TTO :
FECHA :
MOTIVO :
DIAGNOSTICO :
MOTIVO DE CONSULTA :
ANTECEDENTES :
FACTORES DESENCADENANTES :

Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación.

¿Ha buscado ayuda anteriormente para resolver este problema?

Ha tenido en otras ocasiones, a lo largo de su vida, otros problemas psicológicos/ Mentales / conductuales distintos de estos por los que consulta? Si es así, descríbamelos y dígame en qué momento y situación de su vida aparecieron:

PROBLEMA ACTUAL

Qué le pasa (¿qué hace, qué siente, qué piensa sobre el problema que le ha traído aquí?)

¿Podría especificar la última vez que le ocurrió ese problema? ¿Qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió?

¿A qué cree que se debe su problema?

Es también frecuente que a la gente le pasen cosas por dentro, se diga a sí misma cosas o sienta determinadas respuestas fisiológicas de forma más o menos automática. Voy a leer algunas frases; dígame si le ocurren y, en caso afirmativo, con qué nivel de frecuencia (de nunca = 0 a muchísimo = 4) y en que situación:

ASOCIACIÓN CON ACONTECIMIENTOS O SITUACIONES:
SINTOMA PRINCIPAL:
INICIO : ¿cuándo empezaron esas manifestaciones?
¿Podría describirme qué, cuándo, cómo y dónde le ocurrieron la primera vez que aparecieron?
¿En qué circunstancias? (aclare aspectos de la situación, personas presentes, antecedentes y consecuentes).
CURSO : Desde entonces, ¿cree que esas manifestaciones se han agravado?
INTENSIDAD : ¿Con qué intensidad ocurre, por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta)?:
DURACIÓN : ¿Cuál es su duración?:
FRECUENCIA : ¿con qué frecuencia le ocurre ese problema?:

SINTOMAS SECUNDARIOS: ¿presenta alguna otra situación problemática o manifestación que le parezca anormal o que le produzca sufrimiento?
CURSO :
INTENSIDAD :
DURACIÓN :
FRECUENCIA :

ACONTECIMIENTOS QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA

¿Ocurre, especialmente, en alguna/s situación/es?; por favor, descríbala/s (especifique lo mejor posible las características de la situación, personas presentes, qué pasa antes o antecedentes y qué pasa después, consecuentes de ocurrir el problema):

IMPACTO PSICOLÓGICO :
PROCESO DE ADAPTACION:

EFECTOS PSICOSOCIALES
En una escala de 1 a 5 (en que 1 sería nada o muy poco y 5 muchísimo), ¿en qué medida considera que estas manifestaciones le afectan en su vida cotidiana?:
FAMILIA :
TRABAJO :
SOCIAL :

FACTORES POSITIVOS DEL PACIENTE: (Incluye recursos sobre el tratamiento de la condición clínica y madurez de la personalidad, habilidades, talentos, recursos sociales y apoyo, y aspiraciones personales y espirituales):

A la evaluación clínica:

Impresión diagnóstica
Recomendaciones: Mejorar el estado emocional
Plan de acción terapéutico:
Afrontamiento a la enfermedad

Duración:

HISTORIA CLINICA:

Condiciones familiares actuales

Me ha dicho usted que vive con:
Quisiera saber más de su situación familiar actual.

➢**En el caso de estar casado/a/pareja estable**
• (En su caso.) Me ha dicho que está casado/a (o vive con una pareja estable); dígame la edad y ocupación de su pareja:
• ¿Cómo se lleva con su pareja?
• Si tiene hijos, dígame sus nombres y edades:
• ¿Qué tal se lleva con sus hijos?
• Si está divorciado/a o separado/a, ¿cuál fue la razón para la ruptura?
• ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?:
• ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?
➢**En el caso de vivir con la familia de referencia**
• Si vive con su/s padre/s, dígame qué años tiene/n y a qué se dedica/n:
• ¿Cómo se lleva con sus padres?
• Si tienes hermano/as, dígame qué edad tienen, a qué se dedican y si viven con usted:
• ¿Cómo se lleva con sus hermano/as?
• ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?
• ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?
➢**Repercusión del problema por el que consulta en la familia**
• ¿El problema por el que consulta qué repercusiones tiene en sus relaciones familiares actuales?
• ¿Qué hacen los miembros de su familia cuando aparece?
• ¿Qué piensan del problema?
• ¿Por qué piensan y dicen que le ocurre el problema?

HISTORIA FAMILIAR

(Si procede.) Me gustaría saber más de su historia familiar3.

➢**Madre**
• ¿Vive su madre?..... (En su caso.) ¿De qué murió?.....
• ¿A qué edad?..... ¿Qué edad tenía usted? ..... (en su caso)
• Edad actual..... Ocupación.....
• ¿Cómo podría describir las relaciones con su madre a lo largo de la vida? Valore tales relaciones (de 1 = malas a 4 = muy buenas):

ETAPAS	**Infancia**	**Adolescencia**	**Juventud**	**Otra etapa (¿?)**	**Actualidad**
Valoración					

• ¿Cómo describiría a su madre?
• ¿Qué actitudes tenía su madre hacia usted?

• ¿Podría decirme qué hacía su madre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
• ¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era niño/a?

➢**Padre**
• ¿Vive su padre?..... (En su caso.) ¿De qué murió?.....
• ¿A qué edad?..... ¿Qué edad tenía usted? ..... (en su caso)
• Edad actual..... Ocupación.....
• ¿Cómo podría describir las relaciones con su padre a lo largo de la vida5? Valore tales relaciones (de 0 = malas a 4 = muy buenas):

ETAPAS	**Infancia**	**Adolescencia**	**Juventud**	**Otra etapa**	**Actualidad**
Valoración					

• ¿Cómo describiría usted a su padre?
• ¿Cuáles eran las actitudes de su padre hacia usted?
• ¿Podría decirme qué hacía su padre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
• ¿Qué actividades hacía usted con su padre cuando era niño/a?
• ¿Cómo se llevaban su madre y su padre?

➢**Hermanos/as**
• Me ha dicho que tiene ..... hermano/a/s (anotar el orden, género, edad). Quisiera saber cómo se ha llevado con su/s hermano/a/s a lo largo de su infancia y adolescencia (cualquier edad que proceda):

Orden)	Sexo/edad	Infancia	Adolescencia	Juventud	Otra etapa	Actualidad

• ¿Tenían preferencia su padre o madre por usted o por alguno de sus hermanos/as? Sí ..... No .....
• Si así es, ¿por quién y por qué? .....
• ¿Cuáles fueron los valores más importantes en su familia? (la religión, el trabajo, la igualdad, la solidaridad, etc.):.....
• ¿Tuvo algunos problemas durante su infancia y/o adolescencia?

Problema	Infancia	Adolescencia	Juventud	Otra etapa (¿?
Rendimiento escolar Problemas conducta Ansiedad/depresión Drogas/alcohol Problemas médicos				
Otros				

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

(Si procede y dependiendo de la edad.) Pasemos a su educación y formación: cuáles han sido, en sus diferentes estudios, los centros de enseñanza a los que asistió, el promedio de sus

calificaciones escolares medias y su nivel de satisfacción con sus compañeros/as, sus profesores/as y los estudios en general (de 0 a 4):

Estudios	Centro	Fechas	Calificación media	Relaciones Compañeros	Relaciones profesionales	Satisfacción (0-4)

HISTORIA LABORAL

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Descríbame los trabajos que usted ha ido teniendo y las fechas en los que ocurrieron. Por favor, indíqueme qué aspectos de cada trabajo eran los más satisfactorios para usted (tipo de trabajo) y qué aspectos le producían más agrado o desagrado y cómo se llevaba con sus compañeros/as de trabajo y con sus jefes/as:

Trabajos	Organización	Fechas	Lo que más le gustaba	Lo que menos le gustaba	Relaciones compañeros/as (0-4)	Relaciones jefes/as (0-4)

• ¿Actualmente qué trabajo (en su caso) lleva a cabo?
• ¿Cuántas horas trabaja a la semana (en promedio)?
• ¿Qué cursos o seminarios ha realizado para incrementar sus habilidades ocupacionales?
• ¿Qué expectativas tiene relativas al trabajo?

HISTORIA DE INTERESES Y ENTRETENIMIENTOS

(Si procede.) Me gustaría saber algo más de sus intereses y entretenimientos a lo largo de su vida.
• ¿Cómo describiría sus intereses y entretenimientos durante su niñez?
• ¿En la adolescencia y juventud?
• En la actualidad, ¿qué hace usted en sus ratos libres en el presente?
• ¿Cuántas horas dedica al día a esos entretenimientos?
• ¿Qué hace los fines de semana?
• Cuénteme, ¿qué hace en vacaciones?
• ¿En qué momentos o situaciones se aburre?

RELACIONES INTERPERSONALES

Hemos hablado de su familia, de sus compañeros/as de colegio y de trabajo; me gustaría saber más acerca de sus relaciones sociales.
• ¿Hace amigos/as fácilmente?
• ¿Tiene muchos/as amigos/as? • ¿Cuántos (aproximadamente)?
• ¿Cuántos amigos/as íntimos/as?
• En general, ¿se siente cómodo en situaciones sociales?
• ¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?
• ¿A cuántas personas le cuenta sus secretos más íntimos?
Su amigos/as y/o su conocidos/as, ¿le cuentan a usted sus secretos o le piden ayuda?

VIDA SEXUAL
(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Me gustaría que habláramos de sus relaciones sexuales.

➢**En el pasado**
• ¿Cuándo y cómo aprendió, por primera vez, algo referente al sexo?
• ¿Era el sexo un tema del que se hablara en su casa?
• ¿Cuál era la actitud de sus padres hacia el sexo?
• ¿Cómo fue y cuándo cree que tuvo conciencia del sexo?
• ¿Cuándo, cómo y (en su caso) con quién tuvo su primera experiencia sexual?
• ¿Se masturbaba/masturba?
• ¿Cuándo fue la primera vez?
• ¿Ha tenido alguna experiencia homosexual?

➢**Para mujeres**
• ¿Cuándo tuvo su primera menstruación?
• ¿Sus períodos son regulares ahora (en su caso)?
• ¿Tienen molestias?
• ¿Se siente frecuentemente depresiva justo antes de tener el período? ..... ¿Usa usted algún tipo de anticonceptivo? ..... ¿De qué tipo?
• (En su caso.) ¿Cuándo ha dejado de tener la menstruación?

➢**Para hombres**
• ¿Cuándo tuvo su primera polución?

➢**En la actualidad**
• (Sólo si procede.) ¿Tiene pareja estable?
• ¿Cómo se lleva usted con su pareja?
• ¿Quién cree que es el miembro dominante en su pareja o relación?
• Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra particularmente agradables:
• Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra desagradables:
• ¿Qué actitud tiene usted, en la actualidad, respecto a las relaciones sexuales?
• ¿Con qué periodicidad tiene relaciones sexuales?
• ¿Son satisfactorias sus relaciones sexuales?

HISTORIA DE SU SALUD
• ¿Qué enfermedades ha tenido usted a lo largo de su vida?
— En la infancia:
— En la adolescencia:
— Durante la juventud:
— Durante la edad adulta:
• Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, ¿cuáles y cuándo han ocurrido?
• ¿Considera importante alguna de las enfermedades descritas? ¿Cuál/es y cómo le afectaron?
• En su caso, descríbame sus dolencias físicas presentes (tensión alta, diabetes, problemas de corazón, etc.):
• ¿Tiene problemas para dormir?
• ¿Cuida usted su dieta?

• ¿Realiza una actividad física regular (ir al gimnasio, deporte, etc.)?
• ¿Consume alguna droga (bebidas, tabaco, otras drogas)?
• ¿Qué medicamentos toma y con qué frecuencia?
• ¿Cuándo fue la última vez que usted se hizo un examen físico completo?
• ¿Cuáles fueron los resultados?
• Por favor, dígame el nombre y dirección de su médico (sólo si parece procedente):

VALORES, CREENCIAS Y SÍ MISMO/A

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Anteriormente le pregunté por los valores de su familia; ahora me gustaría saber más sobre ello:
• ¿Cuales cree usted que son sus más importantes valores?
• ¿Qué valores actuales, en nuestra sociedad, cree que son más importantes?
• ¿Qué valores cree que se están perdiendo que a usted le gustaría conservar?
• ¿Qué valores actuales cree que son más rechazables?
• ¿Se considera usted una persona religiosa?

Estamos llegando al final de esta entrevista, al menos por el momento, pero aún me gustaría saber cómo se conceptualiza usted a sí mismo/a.
• ¿Cómo se describiría a sí mismo/a?
• ¿Cuáles son sus características más positivas?
• ¿Cuáles son sus características más negativas?
• ¿Qué le gustaría a usted cambiar de sí mismo/a?
• ¿Cómo le gustaría ser?

Finalmente,
• ¿Qué espera usted de esta relación profesional?

J.TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

→ SIGNIFICA: DETENER LA ENTREVISTA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO (SI SE HA MARCADO "NO")

INCLUSO SI TIENE ESTRÉS EN SU VIDA O UN ESTRÉS PRECIPITÓ EL TRASTORNO DEL PACIENTE, NO USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI ALGÚN OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ESTÁ PRESENTE. SALTE LA SECCIÓN DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE REUNEN LOS REQUISITOS DE OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL EJE I O SON UNA EXACERBACIÓN DE UN TRATORNO DEL EJE I O DEL EJE II.

		NO	SÍ	P
J1	**¿Tienes mucho estrés por algo? ¿Esto te molesta o empeora tu comportamiento?** **CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA** [Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/quejas físicas; mala conducta como pelear, manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales]. **ESTRESOR IDENTIFICADO:** _____ **FECHA EN QUE COMENZÓ EL ESTRESOR:** _____ →	X		0
J2	**¿Estos problemas de conducta o que te hacían sentir molesto comenzaron poco después de que empezaron los factores estresantes?** →		X	1
J3	a **¿Este estrés le molesta más que lo que molestaría a otras personas de su edad?** →	X		0
	b **¿Te causan estos problemas dificultades en la escuela? ¿Dificultades en tu casa? ¿Dificultades con tu familia o con tus amigos?** **CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA** →		X	1
J4	¿ESTOS SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA SON CAUSADOS EN SU TOTALIDAD POR LA PÉRDIDA DE UN SER AMADO (DUELO) Y SON SIMILARES EN SEVERIDAD, NIVEL DE INCAPACIDAD Y DURACIÓN A LO QUE OTROS SUFRIRÍAN BAJOS CIRCUNSTANCIAS **¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO?** →		X	1

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?:

Marcar todos los que sean apropiados:

A	Depresión, emotividad, desesperanza	X
B	Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación.	
C	Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, vandalismo, o no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales).	X
D	Problemas escolares, quejas físicas o aislamiento social.	

TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO

DIARIO DEL DOLOR

El Diario del Dolor es quizás la herramienta más importante en la prevención de los dolores. Es utilizado en la determinación de las causas fundamentales y los hábitos o patrones de comportamiento relacionados con el dolor. Así, permite identificar cuáles de nuestras conductas son facilitadoras de la aparición del dolor, o por contrario, lo previenen. Utilice este diario para registrar su dolor y el tratamiento que siguió.

*Para señalar la intensidad del dolor (qué tan fuerte es), señale de 0 a 10 según la **Escala 1:**

Escala 1



*Para señalar la intensidad del dolor, utilice la frase de la **Escala 2 que mejor lo describa**

Escala 2



DIARIO DEL DOLOR

Registro / DÍAS		Hora	¿Dónde siento dolor?	¿Qué tan fuerte es mi dolor?	¿Qué estaba haciendo antes de que el dolor comenzara o aumentara? *indicar	¿Cómo lo hago?	¿Qué siento?	¿Qué pienso?	¿Qué hago?	¿Una hora después qué tan fuerte era mi dolor?	¿He notado otra molestia física asociada con este episodio de dolor o como efecto de algún tratamiento?
DÍA1 29	1 2 3 4 5	09:00 a.m. 11:00 18:00	En la zona lumbar. Todala parte lumba Caderas, lumbar	5-Moderado Moderado Severo	Sentado 15 min Parado 30 min Sentado 1 hora	Flexionando mi columna. bañandome mirando Tv	Frustración. punzón como aguja	Que el dolor pase y me echo a mi cama a la cama	Tomo pastillas. juego con mi celula	3-Leve moderado moderado	Sí, mareos. fuerte late el corazón dolor en el abdomen
DÍA2 30	1 2 3 4 5	08:30 14:00 PM	lumbar Caderas	severo severo	parado 10 min sentado 30 min	cargando 2 lt de agua estorndando	como corriente electric frustracion	que el dolor pase que el dolor pase	prevengo nada	moderado moderado	si, mareos dolor en la cabeza
DÍA3 31	1 2 3 4 5	09:00 a.m. 19:00 PM	lumbar y caderas lumbar	moderado moderado	poniendo los zapato sentado 30 min	flexionando la colun acostumbrarme	sentarme frustracion	que no aumente ma que pase	tomo pastillas como	moderado moderado	latidos del corazon dolor de abdomen
DÍA4 1	1 2 3 4 5	10:00 a.m. 13:00 PM	Lumbar Lumbar	severo moderado	haciendo terapia 30 parado 30 min	flexionando bañandome	dejar de hacer punzon	descansar prevenir	no pienso en el dolo tomo pastillas	moderado moderado	latido del corazon si, mareos

CONDUCTAS POSITIVAS PARA PREVENIR EL DOLOR							
CONDUCTAS	DÍAS						
	1	2	3	4	5	6	7
1 Cargar objetos de poco peso.	x						
2 Cambiar de postura continuamente.							
3 Hacer ejercicio.							
4 Dormir boca arriba.							
5 Recoger peso manteniendo erguida la columna y doblando las rodillas.							
6 Seguir una dieta balanceada.							
7 Bañarse sentado							
8 Cepillarse lo dientes usando un vaso con agua							
9 Uso parche de lidocaina							
10 Viajar en asiento reservado							
11 Estornudar con cuidado y sentado							
12 Sentarse en silla comoda y los pies sin colgar							
13 No lavar ropas pesadas (pantalon, casacas, etc)							
14 Vestirse lentamente							
15 Caminar lento y cuidadosamente							

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ)

N°	PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre	TOTAL
1	Veo el dolor como un desafío ("a ver quien puede más, él o yo") y no dejo que me moleste.			X					2
2	Creo que no puedo más		X						1
3	Me digo a mi mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer			X					2
4	Me pongo a cantar o tararear canciones mentalmente						X		5
5	No presto atención al dolor				X				3
6	Hago cosas que me gustan, como ver la televisión o escuchar la radio		X						1
7	No pienso en el dolor			X					2
8	Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de cabeza						X		5
9	Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras	X							0
10	Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor					X			4
11	Paseo.			X					2
12	El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor			X					2
13	Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor							X	6
14	Creo que algún día alguien me ayudara y el dolor desaparecerá	X							0
15	Me imagino que el dolor esta fuera de mi	X							0
16	Creo que no puedo soportarlo más			X					2
17	Hago como si no me doliera nada						X		5
18	Hago como si el dolor no fuera parte de mi						X		5
19	Rezo a Dios para que no dure más el dolor			X					2
20	Me pongo a hacer cosas como tareas domesticas o planear actividades						X		5
21	Rezo para que pare el dolor		X						1
22	Me digo a mi mismo que no me duele				X				3
23	Pienso que no vale la pena vivir así	X							0
24	Aunque me duela sigo con lo que estuviera haciendo						X		5
25	No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él					X			4
26	Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor					X			4
27	Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor							X	6
28	Continuo con que estaba haciendo como si no pasara nada			X					2
29	Ignoro el dolor				X				3
30	Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo			X					2
31	El dolor es horrible y siento que me desborda					X			4
32	Me paso el día preocupado de si acabara alguna vez el dolor				X				3
33	Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, sino que más bien esta fuera de mi				X				3
34	Pienso en cosas que disfruto haciendo						X		5
35	Trato de estar con otras personas						X		5
36	Recuerdo buenos momentos del pasado			X					2
37	Cuento con mi fe en Dios							X	6
38	Me acuesto			X					2
39	Pienso en personas con las que me gusta estar			X					2