

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIDAD DE POSGRADO

**INFORME DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES EN EL
AMBITO CLINICO Y DE LA SALUD, HOSPITAL “VICTOR
LARCO HERRERA: CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS
POR SEPARACIÓN CONYUGAL EN PACIENTE DE SEXO
FEMENINO”.**

TESIS

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

AUTOR

Martha Elizabeth Palomino Gómez

ASESORA

Rosa Huertas

Lima – Perú

2014

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre por todo su amor y apoyo, a mi padre y hermanos por su cariño por su aliento permanente. A mis sobrinas quienes son fuente de mi inspiración.

A mis amigos colegas del Hospital quienes fortalecieron el presente trabajo.

Al Equipo de Unidad de Salud Mental Comunitaria.

A mi asesora Dra. Rosa Huertas quien con su paciencia y dedicación hizo posible el presente trabajo.

INDICE

	Pagina
INTRODUCCION	5
I. INFORMACION DE LA INSTITUCION	
1. HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA	6
1.1 Referencia histórica de la Institución	
1.2 Infraestructura	7
1.3 Descripción y análisis de la estructura orgánica del H.V.L.H	7
1.4 Organización del Hospital	8
1.5 Departamento de Hospitalización	11
Servicio de Enfermedades Psiquiátricas agudas	12
1.6 Departamento de consulta externa y salud mental comunitaria	12
Antecedentes de Salud Mental Comunitaria en el H.V.L.H	13
2. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	
2.1 Antecedentes	16
2.2 Departamento de psicología	17
2.3 Organigrama Funcional	19
2.4 Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización	20
2.5 Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria	20
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES	
3.1 Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización.	22
A. Servicio de Hospitalización Psiquiatría de varones – Pabellón 1	22
B. Servicio de Consulta Externa de Adultos	29
Intervención terapéutica: Programa cognitivo conductual	33
3.2 Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria	39
A. Organigrama	39
B. Programa 5: Salud Mental Comunitaria	40
C. Programas de Prevención y Promoción	43

II.	CASO CLINICO		
	2.1	Anamnesis	80
	2.2	Informe Psicológico	96
	2.3	Plan de tratamiento	99
	BIBLIOGRAFIA		107
	ANEXOS		108

INTRODUCCION

El psicólogo en el campo de la salud interviene en muchas tareas que pueden ir desde el diagnóstico clínico, el diagnóstico institucional, la intervención psicológica individual, familiar, grupal e institucional. Dentro de su campo de acción. Su función en un hospital es brindar apoyo emocional, y psicológico a los pacientes y familiares que así lo requieran.

En el Hospital Víctor Larco Herrera el psicólogo forma parte del equipo interdisciplinario que brinda atención al usuario. Las funciones asignadas dependen del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, y un manual de Organización de Funciones del Departamento de Psicología. Cuenta con un organigrama funcional dividido en dos Servicios: Consulta Externa y Hospitalización, y Salud Mental Comunitaria.

En la actualidad se cuenta con 30 Psicólogos nombrados y 9 por contrato de CAS asignados a diferentes Departamentos como: Consulta externa del niño y adolescente, consulta externa de adultos, conductas adictivas, hospitalización de enfermedades agudas, Servicio de recuperación y reinserción social y familiar y salud mental comunitaria.

En el presente trabajo en la primera parte se describe al Hospital Víctor Larco Herrera teniendo en cuenta la referencia histórica, infraestructura, descripción y análisis de la estructura orgánica y el organigrama funcional de la Institución. Luego se detalla sobre el Departamento de Psicología y los dos servicios que cuenta: Consulta externa y hospitalización, y salud mental comunitaria. Posteriormente se describe las actividades realizadas en el Servicio de hospitalización de enfermedades agudas específicamente el Pabellón 1 de psiquiatría de varones, y las actividades realizadas en Consulta Externa de Adultos en el área de terapia cognitivo conductual; también se describe las actividades realizadas en salud mental comunitaria. En la segunda parte, se hace referencia al caso clínico presentado con el plan de tratamiento con un enfoque cognitivo conductual.

I. INFORMACION DE LA INSTITUCION

1. HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Ubicación Geográfica: El Hospital Víctor Larco Herrera se encuentra ubicado en el Distrito de Magdalena del Mar, Provincia de Lima y Departamento de Lima, en la Av. Pérez Aranibar N° 600

1.1 Referencia histórica de la Institución

El 1º de Enero de 1918 la Beneficencia de Lima inauguró el Asilo-Colonia de la Magdalena, siendo su benefactor el Filántropo Sr. Víctor Larco Herrera, quien con su aporte económico y dedicación personal construyó el primer hospital mental de nuestro país, para ello conto con la asesoría del Dr. Baltazar Caravedo.

Luego el psiquiatra Hermilio Valdizán con apoyo del Dr. Pinel quien estudio en Francia y del Dr. Chiarugi en Italia, establecieron métodos terapéuticos modernos para el tratamiento de enfermos mentales y proporcionaron ambientes confortables para los usuarios. Así mismo se estableció un centro de investigación y docencia de la facultad de medicina de la Universidad de San Marcos, es así que en esta Institución se forman los primeros psiquiatras de nuestro país.

El Hospital Víctor Larco Herrera, desde su creación viene desarrollando, atenciones relacionadas al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de quienes adolecen de enfermedades en su salud mental.

En la actualidad, las estadísticas y a las atenciones que tiene el Hospital, en de alta prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión, suicidios, violencia y conductas adictivas.

En los pacientes hospitalizados con larga permanencia el 55% son indigentes o están en condición de “abandonados” por sus familiares.

1.2 Infraestructura.

El Hospital Víctor Larco Herrera cuenta con un área de 211,721.74 metros cuadrados, de los cuales 52,447.52 m² se encuentra construido. Cuenta con nueve pabellones de hospitalización, tres de los cuales son de material noble de dos pisos y seis son de quincha y adobe de un piso además cuenta con 16 ambientes para el desarrollo de actividades asistenciales y administrativas.

Visión:

En el año 2009 el HVLH será una institución competitiva en psiquiatría y salud mental, con una organización administrativa – asistencial integrada ordenada, dinámica, funcional e interdisciplinaria, efectiva; incorporada en el enfoque sistémico, que se sustente en el trabajo en equipo y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en salud m

Misión:

Somos una institución pública especializada en psiquiatría y salud mental, dependiente del Ministerio de Salud, que brinda servicio de prevención, promoción, tratamiento, recuperación y rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población a su cargo, con calidad, calidez equidad, oportunidad, accesibilidad, y efectividad con potencial humano comprometido e identificado, calificado, capacitado con tecnología e infraestructura adecuada, coadyuvando a mejor calidad de vida de la población

1.3 Descripción y análisis de la estructura orgánica del Hospital Víctor Larco Herrera:

El desempeño asistencial administrativo se respalda en la siguiente Base legal:

- Decreto Supremo 013-2006-SA – Aprueba Reglamento de Establecimientos de salud.

- Resolución Ministerial N° 007-84-SA/VM - Normas de Atención en Salud Mental según niveles de complejidad.
- Resolución Ministerial N° 0619-91-SA/DM - Programa Nacional de Salud Mental
- Ley N° 27657 –Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.
- Resolución Ministerial 132-2005-/MINSA Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- RD N° 0406/2006-DG-DESP-DISA V LC Aprueba categorización de institución especializada en psiquiatría y salud mental nivel III-1 08 de mayo 2006

1.4 Organización del Hospital

Según el Reglamento de Organización y Funciones, el Organigrama Funcional del Hospital cuenta con las siguientes dependencias:

- a) Órgano de Dirección: Dirección General
- b) Órgano de Control: Órgano de Control Institucional
- c) Órgano de Asesoramiento:
 - Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
 - Oficina de Asesoría Jurídica
 - Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
 - Oficina de Gestión de Calidad
- d) Órgano de Apoyo:
 - Oficina Ejecutiva de Administración
 - Oficina de Personal
 - Oficina de Economía
 - Oficina de Logística
 - Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
 - Oficina de Estadística e Informática
 - Oficina de Comunicaciones
 - Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

e) Órganos de Línea:

Departamento de Apoyo Médico Complementario:

- Servicios de Especialidades Médico Quirúrgicas
- Servicios de Medicina Interna
- Servicios de Apoyo al Diagnóstico

Departamento de Enfermería:

- Servicios de Enfermería en Psiquiatría Varones
- Servicio de Enfermería en Psiquiatría Mujeres
- Servicio de Enfermería en Adicciones
- Servicio de Enfermería en Emergencias y UCE
- Servicio de Enfermería en Depresión y Ansiedad

Departamento de Psicología:

- Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización
- Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria

Departamento de Farmacia

Departamento de Nutrición y Dietética

Departamento de Trabajo Social:

- Servicio de Trabajo Social en Atención Ambulatoria y Hospitalización
- Servicio de Trabajo Social en Salud Mental Comunitaria

Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia:

- Servicio de Rehabilitación Integral y Terapia Ocupacional
- Servicio de Psicoterapia

Departamento de Adicciones

Departamento de Hospitalización:

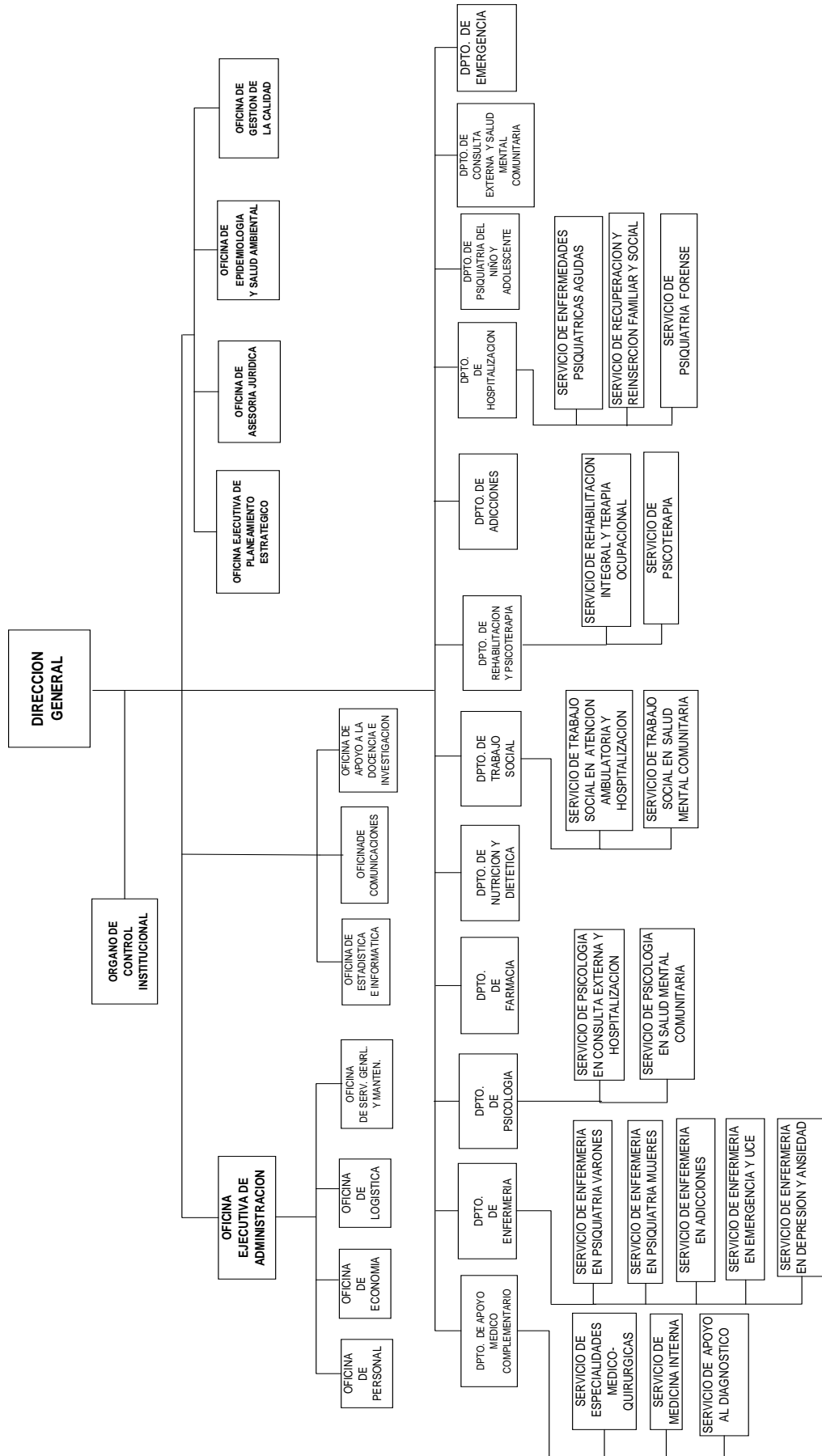
- Servicio de Enfermedades Psiquiátricas Agudas
- Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social
- Servicio de Psiquiatría Forense

Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

Departamento de Consulta Externa y Salud Menta Comunitaria

Departamento de Emergencia

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO "VICTOR LARCO HERRERA"



1.5 Departamento de hospitalización.

Es la unidad orgánica encargada de prestar atención de hospitalización psiquiátrica a los pacientes y formalizar e institucionalizar los equipos de trabajo que bajo el modelo matricial están cumpliendo y/o deben cumplir sus objetivos funcionales, depende de la Dirección General y tiene asignado los siguientes:

- a) Admitir los pacientes para su atención en Hospitalización, en coordinación con los Departamentos de Emergencia, Consulta Externa, Rehabilitación, Salud Mental Comunitaria y Adicciones.
- b) Transferir los pacientes que requieran hospitalización prolongada a los servicios del Departamento de Rehabilitación.
- c) Programar coordinadamente las actividades de los profesionales en hospitalización.
- d) Monitorear los factores de resiliencia y de riesgo en recaídas y rehospitalizaciones.
- e) Optimizar el funcionamiento de los trámites internos y externos que realiza el paciente para la atención en Hospitalización y de los procesos en su conjunto.
- f) Prestar atención de internamiento a pacientes psiquiátricos cumpliendo con los objetivos y lineamientos de política establecidos las 24 horas de hospitalización, así como efectuar el seguimiento de la atención integral del paciente hasta su recuperación y rehabilitación.
- g) Manejar y aplicar Protocolos, guías de atención y manuales de procedimientos en busca de un mejor tratamiento de nuestros pacientes hospitalizados.
- h) Estimular, orientar y monitorear la investigación en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.

Servicio de Enfermedades Psiquiátricas Agudas:

Es la unidad orgánica encargada de prestar atención especializada a pacientes con Enfermedades Psiquiátricas Agudas afines, depende del Departamento de Hospitalización y tiene asignado los siguientes:

- a) Brindar atención especializada en Esquizofrenia y Psicosis agudas.
- b) Brindar atención especializada a pacientes esquizofrénicos con recaídas.
- c) Prestar atención Especializada de rehabilitación en esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno de ansiedad.
- d) Aplicar y evaluar así como renovar los protocolos de esquizofrenia de la Institución.
- e) Participar en la investigación y apoyo a la docencia en temas de su competencia.

1.6 Departamento de consulta externa y salud mental comunitaria.

Es la unidad orgánica encargada de brindar atención de Consulta Externa a los pacientes que lo requieren y promoción de la salud mental de los pacientes y sus familias, depende directamente de la Dirección General y tiene asignado los siguientes:

- a) Organizar y coordinar la admisión de los pacientes para su atención en consultorios externos, mediante gestión de la programación, la disponibilidad de turnos, ambientes y profesionales en consultorios externos.
- b) Lograr que el paciente atendido en consultorios externos reciba en forma óptima los diversos recursos de la atención integral a su salud.
- c) Optimizar el funcionamiento de los trámites internos y externos que realiza el paciente para la atención en Consulta Externa.
- d) Coordinar y mantener información actualizada de la programación de los profesionales en consultorios externos.
- e) Velar por el cumplimiento de las programaciones en consulta externa, así como efectuar el seguimiento de la atención integral del paciente hasta su recuperación y rehabilitación.

- f) Dirigir, planificar, programar y ejecutar las actividades de Atención al paciente Psiquiátrico y de Salud Mental por Consulta Externa.
- g) Brindar atención Médico Psiquiátrica a trastornos mentales de severidad moderada o leve.
- h) Supervisar, controlar y evaluar la eficiencia y eficacia de las actividades en Consulta Externa.
- i) Participar y apoyar en la organización del Programa NAP (Neurolépticos de Acción Prolongada).
- j) Ejecutar las intervenciones que permitan afrontar los deterioros, las discapacidades y las minusvalías de los pacientes en coordinación con la familia, la comunidad, y los actores sociales.
- k) Ejecutar las actividades programadas de carácter psicoeducativo para los pacientes, sus familias, y por extensión a la comunidad en coordinación con la Dirección de la Red de Salud respectiva.
- l) Difundir los programas de la especialidad en la comunidad y establecer un sistema de seguimiento para los pacientes que interrumpen su tratamiento.
- m) Estimular, orientar y monitorear la investigación en el campo de la promoción de la Salud Mental, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.

Antecedentes de Salud Mental Comunitaria en el Hospital Víctor Larco Herrera

Desde el año 1985 se impulsa el desarrollo de actividades orientadas a promover y conservar la salud mental a través de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria.

Los años 1985 y 1994 se desarrollaron las siguientes actividades: Escuela de padres, detección de problemas de aprendizaje, charlas educativas dirigido a pacientes y familiares, orientación vocacional a los alumnos de 4° y 5° año en los colegios Miguel Grau y San Martín y campañas de salud mental.

De 1995 al 2001 se formó la Escuela Salud Mental dirigida a familiares y pacientes donde se realizó Talleres de autoestima, estrés y adicciones, de igual forma se capacito a promotores de salud y diferentes Instituciones de acuerdo a la demanda.

Durante el 2004 se desarrollaron las siguientes actividades: Campañas de Salud Mental, Escuela de Salud Mental, talleres con Organizaciones de Base de Club de Madres, Talleres de Autoestima en colegios con los alumnos de 4° y 5° año .

A partir de la Resolución Ministerial N° 132-2005 MINSA con fecha 16 de febrero de 2005, inicia el funcionamiento de la Unidad de Salud Metal Comunitaria (SMC) siendo un área del Departamento de Consulta Externa, Las funciones de coordinación de las actividades estaban a cargo de un Coordinador pero de acuerdo al ROF y CAP el área de SMC no contaba con estructura ni personal permanente asignado a desarrollar las actividades.

Durante la gestión de 2005 – 2006 se elaboró una propuesta de intervención “Proyecto de Experiencia Demostrativa en Salud Mental Comunitaria” la que estuvo programada para llevarse a cabo en coordinación con la Dirección de Salud del Callao e implicaba la organización de una red de atención en salud mental en la comunidad con diferentes niveles de referencia y acciones de promoción, prevención y recuperación. Este proyecto no tuvo presupuesto y no llego a implementarse por falta de recursos.

Durante el 2006 - 2009 las acciones de SMC se desarrollaron teniendo como áreas de influencia a los distritos de Magdalena, San Miguel, Miraflores y la Región Callao, las actividades desarrolladas fueron atenciones en promoción, prevención, educación y campañas de Salud mental en la comunidad.

Los Departamentos de Psicología, Enfermería y Trabajo Social para llevar a cabo las actividades programadas, asignaron un profesional en forma parcial.

Ambos Departamentos tienen en su organización según el ROF el Servicio de Salud Mental Comunitaria diferenciados

Durante los periodos 2009 - 2012 como Unidad de Salud Mental Comunitaria, propone cuatro líneas de acción: La Implementación de un Servicio Diferenciado en Atención y Prevención en Salud Mental en el Centro de Salud de Magdalena del Mar; La Conformación de la Mesa Multisectorial de Concertación “Alianza por la No Violencia”, el Fortalecimiento de las Redes Sociales (organización de los Equipos Móviles consultor (Huánuco), Fortalecer capacidades en el manejo de pacientes del personal de las instituciones vinculadas al Hospital Víctor Larco Herrera. Sensibilizar y empoderar sobre salud mental y calidad de vida, al Equipo de Gestión, Personal de Salud, usuarios internos y externos de la comunidad.

Actualmente 2012 – 2014 los lineamientos de política de la Dirección General del hospital Víctor Larco Herrera, encarga a la Unidad la unidad de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Consulta Externa trabajar el programa el programa número 5, con las siguientes líneas de acción a desarrollar la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante los sub-programas que a continuación se enumera:

- Programa de prevención y Promoción en Salud Mental.
- Programa seguimiento de pacientes recuperados.
- Programa violencia familiar.
- Programa Psicoeducativo intra y extra hospitalario.

2. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:

2.1 Antecedentes

Según el Artículo 108 del Reglamento General de Hospitales, aprobado por D.S.N° 005-90-SA: “Todo Hospital contara con un Departamento de Psicología”.

Con Resolución Ministerial N°551-94.SA/DM, se aprobó el anterior Reglamento de Organización y Funciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” en el que se creó el Departamento de Psicología como unidad orgánica dependiente de la Dirección General de este Hospital.

Se aprueba el Reglamento de manual de Organización y Funciones de los Hospitales, mediante la Resolución Ministerial N°616-2003-SA/DM, el Hospital propuso su actual Reglamento de Organización y Funciones, conforme a lo previsto en el mencionado Modelo de ROF, motivo por el cual el ROF actual de este Hospital fue aprobado mediante Resolución Ministerial n°132-2005, y en este ROF el Departamento de psicología tiene dos Servicios: El Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización, y el Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria.

En lo referente a Estructura Orgánica, el Artículo 6° inciso d) del Modelo ROF, aprobado por la R.M.N°616-2003-SA/DM, señala que los Hospitales de lata y mediana complejidad, así como los Hospitales Especializados podrán considerar la Unidad Organiza de Psicología como Departamento, dicha propuesta deberá ser técnicamente sustentada.

Para lograr la aprobación del ROF actual, el Hospital presento ante el órgano rector el debido sustento técnico, motivo por el cual con la emisión de la Resolución Ministerial N°132-2005, el ROF fue aprobado y quedo ratificado en Departamento de Psicología como órgano de línea del Hospital “Víctor Larco Herrera”, dependiente de la Dirección General del Hospital.

En relación a lo anteriormente expuesto, cabe mencionar que la normatividad vigente no contempla la presentación de documentación adicional para ratificar la existencia de Órganos de línea, apoyo, asesoría, control, etc., ya conformados y

aprobados por el ente rector como es el caso del Departamento de Psicología que tiene la aprobación respectiva para que funciones como tal desde el año 1994 (R.M.n°551-551-94-SA/DM).

Base Legal

El 04 de Junio de 1979 a solicitud de la Dirección del HVLH, propone en el Manual de Organización y Funciones; y en concordancia con el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud; la constitución del Servicio de Psicología del Hospital “Víctor Larco Herrera” constituyéndose el 21 de Junio de 1979 (Memorándum N°277-HVLH-D-79) en el que se dispuso delegar responsabilidades en las unidades estructurales, Decreto Ley N°584 Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Decreto Supremo 0055-90-SA Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud. Según el Artículo 108 del reglamento General de Hospitales. “Todo Hospital contara con un Departamento de Psicología”.
- Decreto Supremo 002-92-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial 551-94-SA/DM Reglamento de Organización y Funciones del Hospital “Víctor Larco Herrera”
- Resolución Jefatural 095-95-INAP/DNR y Directiva 001-95-INAP/DNR.
- Resolución Ministerial N°616-2003-SA/DM, Reglamento de Manual de Organización y Funciones de los Hospitales.
- Resolución Ministerial N°132-2005, y en este ROF el Departamento de psicología tiene dos Servicios: El Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización, y el Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria. Rige hasta la actualidad.

2.2 Departamento de Psicología

El Departamento de Psicología, desarrolla sus actividades con un criterio enmarcado en una labor y atención psicológica directa, a fin de lograr la correcta

aplicación de la norma, para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y funcionales del Hospital Víctor Larco Herrera, en este sentido se ha aplicado los criterios de eficiencia y eficacia, en cuanto a la distribución adecuada de las funciones del personal que conforma el Departamento de Psicología asegurando el cumplimiento de los objetivos funcionales, aprovechando el máximo de los recursos disponibles y estableciendo funciones que aseguren la evaluación de los resultados.



Departamento de Psicología: Es la unidad orgánica encargada de brindar atención psicológica a los pacientes del Hospital, en Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y de acuerdo a los niveles de Promoción, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación, del paciente, familia y comunidad, depende de la Dirección General y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

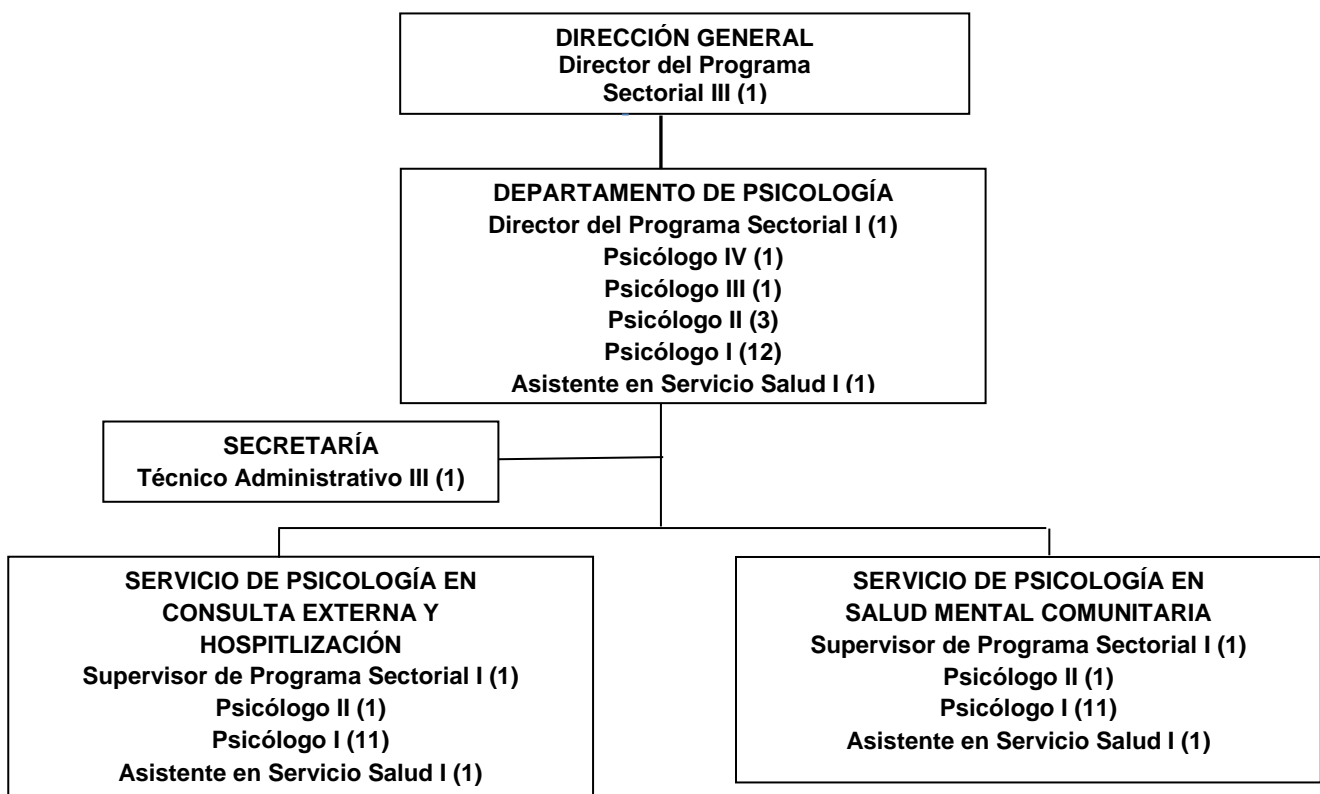
- a) Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieran y/o pacientes transferidos de otras unidades orgánicas o entidades.
- b) Prevenir riesgo y daños, promover su salud, recuperar y rehabilitar psicológicamente al paciente.

- c) Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- d) Estimular, orientar y monitorear la investigación en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- e) Programar y evaluar la prestación del servicio de Psicología, para el cumplimiento de los Objetivos y Metas del Hospital.

2.3 Organigrama Funcional

El Departamento de Psicología se encuentra en el Tercer Nivel del Organigrama Estructural, depende Directamente de la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera y cuenta con (02) dos Servicios.

- Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización.- Es la Unidad Orgánica de que depende del Departamento de Psicología, presta atención Psicológica en consulta externa y hospitalización.
- Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria.-Es la Unidad Orgánica que depende del departamento de psicología, presta atención psicológica en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental.



2.4 Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización.

Es la unidad orgánica encargada de prestar atención psicológica a la población que acude a la consulta externa y a pacientes hospitalizados en coordinación con el Departamento de Consulta Externa y Hospitalización, depende del Departamento de Psicología y tiene asignado los siguientes objetivos funcionales.

- a) Brindar atención psicológica ambulatoria especializada en niños adolescentes y adultos.
- b) Prestar atención psicológica a pacientes hospitalizados agudos, intermedios, crónicos y adicciones.
- c) Realizar evaluaciones psicológicas individuales o de grupo para el diagnóstico y tratamiento psicológico del paciente y familia.
- d) Elaborar, aplicar y evaluar los procedimientos de psicología para la atención del paciente en la consulta externa y hospitalización.
- e) Efectuar la programación de la atención en psicología en coordinación con los Departamentos de Consulta Externa y Hospitalización.
- f) Apoyar a la capacitación de psicología en temas de su competencia.
- g) Efectuar la investigación en psicología y apoyar la docencia en el campo de su competencia.

2.5 Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria.

Es la unidad orgánica encargada de la atención psicológica en la Promoción, Prevención y Rehabilitación de la Salud Mental, en coordinación con los Departamentos de Salud Mental Comunitaria, Emergencia y Rehabilitación, depende del Departamento de Psicología y tiene asignados los siguientes Objetivos Funcionales.

- a) Brindar atención psicológica de prevención y promoción de la salud mental comunitaria o en situación de emergencia del paciente, familia y comunidad.
- b) Promover y desarrollar actividades para el cambio social y desarrollo humano fomentando estilos de vida saludables.

- c) Brindar servicios preventivos indirectos a través de consejerías, psicoterapias breves, intervenciones en crisis y actividades psicoeducativas.
- d) Prestar rehabilitación psicosocial al paciente, para el desarrollo de sus discapacidades y estimulación de sus potencialidades.
- e) Apoyar en la capacitación de psicología en temas de su competencia.
- f) Efectuar la programación de la atención psicológica en coordinación con los departamentos de Salud Mental Comunitaria, Emergencia y Rehabilitación.
- g) Efectuar la investigación en psicología y apoyar la docencia en el campo de su competencia.

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

3.1 Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización.

Es la unidad orgánica encargada de prestar atención psicológica a la población que acude a la consulta externa y a pacientes hospitalizados en coordinación con el Departamento de Consulta Externa y Hospitalización, depende del Departamento de Psicología.

A. Servicio de Hospitalización: Psiquiatría de Varones -Pabellón 1:

Objetivos funcionales:

- Iniciar la intervención psicológica dentro de las 24 horas del internamiento del paciente para la identificación y valoración de las características psicológicas del caso en estudio.
- Identificar, analizar y utilizar diversas estrategias de evaluación psicológica de acuerdo a cada caso.
- Realizar registro de evolución e intervención psicológica semanal del paciente
- Promover dentro del equipo de psicólogos del servicio el uso de protocolos de investigación para casos en estudio.
- Evaluaciones Psicológicas de diagnóstico para todos los pacientes nuevos y/o reingresos cuyo estudio tuviera una antigüedad de 12 meses. Uso de batería psicométrica de acuerdo al caso y realizada a los 15 primeros días de su internamiento. El informe Psicológico se adjunta a la historia clínica.
- Tratamiento Psicoterapéutico individual y/o grupal para todos los pacientes internados en el servicio, de acuerdo a las necesidades del caso en estudio y hacer el registro en el protocolo correspondiente y adjuntar a la historia clínica.
- Analizar y modificar conductas desadaptativas específicas en el grupo de pacientes del servicio
- Realizar el registro de licencia y/o permiso de las pacientes a su domicilio.

- Participación en la visita interdisciplinaria a la sala de iníciales de acuerdo a la programación.
- Participación en la reunión clínica con pacientes que ingresan por primera vez al servicio.
- Intervención Psicológica a la familia en forma individual y/o grupal a través del programa psicoeducativo.
- Intervención Familiar.
- Programa psicoeducativo dirigido a impartir información y conocimientos sobre la enfermedad, evolución, y acciones terapéuticas alternativas para cada caso.
- Realizar la docencia universitaria intrahospitalaria para alumnos de diferentes facultades de Psicología.
- Supervisión académica y formativa para los alumnos e internos de Psicología.
- Reuniones de coordinación con los colegas del servicio para la revisión y/o evaluación del desarrollo de las actividades.
- Promover reuniones recreativas con los miembros del equipo terapéutico.
- Cumplir con las funciones de coordinación que se derivan de la jefatura de Psicología y/o del servicio

Las labores se realizaron 2 días a la semana (lunes y viernes) de 8:00 a 2:00 pm

Instrumentos Psicológicos Utilizados:

Área intelectual

- Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler Wais R:
Autores: David Wechsler y A. Kauffman.
Forma de Aplicación: Individual.
Duración: Variable

Edad de Aplicación: Adultos de 16 a 89 años

Objetivo: Medición del nivel Intelectual

- Test de Matrices Progresivas de RAVEN:

Autor: J. C. Raven.

Forma de Aplicación: Individual y colectivo.

Duración: 45 min.

Edad de Aplicación: 12 a 65 años

Objetivo: Medición del nivel Intelectual

Área visomotriz

- Test Gestaltico Visomotor de Benton:

Autores: Laretta Bender.

Forma de Aplicación: Individual.

Duración: Variable

Edad de Aplicación: Niños(as) de 05 en adelante, cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presenten

Objetivo: Diagnóstico de problemas de aprendizaje, perturbaciones emocionales y disfunciones neurológicas tanto en niños como en adultos.

- Test de Retención visual de Benton:

Autores: Arthur L. Benton.

Forma de Aplicación: Individual.

Duración: 30 minutos.

Edad de Aplicación: Niños y adultos

Objetivo: Evalúa la percepción visual, memoria visual y las habilidades viso-constructivas diagnóstica daño orgánico cerebral.

Administración: Forma C

Área Personalidad:

- Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover:

Autora: Karen Machover.

Forma de Aplicación: Individual y colectivo.

Duración: 30 – 90 minutos.

Edad de Aplicación: Niños, adolescentes y adultos

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

- Test del Árbol:

Autores: Karl Koch.

Forma de Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: 15 minutos.

Edad de Aplicación: Niños, adolescentes y adultos

Objetivo: Apreciación proyectiva de problemas de evolución y adaptación en diversos rasgos de personalidad.

- Test del Árbol – Casa – Persona (HTP):

Autores: John N. Buck y W. L. Warren.

Forma de Aplicación: Individual.

Duración: 30 – 90 minutos.

Edad de Aplicación: Niños, adolescentes y adultos

Objetivo: Evaluación de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar

- Test del Dibujo de la persona bajo la lluvia:

Autor: Querol – Chaves Paz.

Forma de Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: 15 minutos aprox.

Edad de Aplicación: A partir de los 10 años

Objetivo: Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental así como la modalidad defensiva predominante

- Inventario de cociente Emocional ICE Bar-On:

Autor: Reuven Bar-On

Adaptación Peruana: Nelly Ugarriza Chávez

Forma de Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: 20 – 50 minutos.

Edad de Aplicación: de 16 en adelante

Objetivo: Evalúa la inteligencia emocional y está compuesto por cinco dimensiones: Intrapersonal, interpersonal, manejo de estrés, estado de ánimo, adaptabilidad o ajuste

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI):

Autor: Theodore Millon.

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.

- El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI):

Autores: Starke R. Hathaway y J. C. McKinley.

Forma de Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: De 90 a 120 minutos aprox.

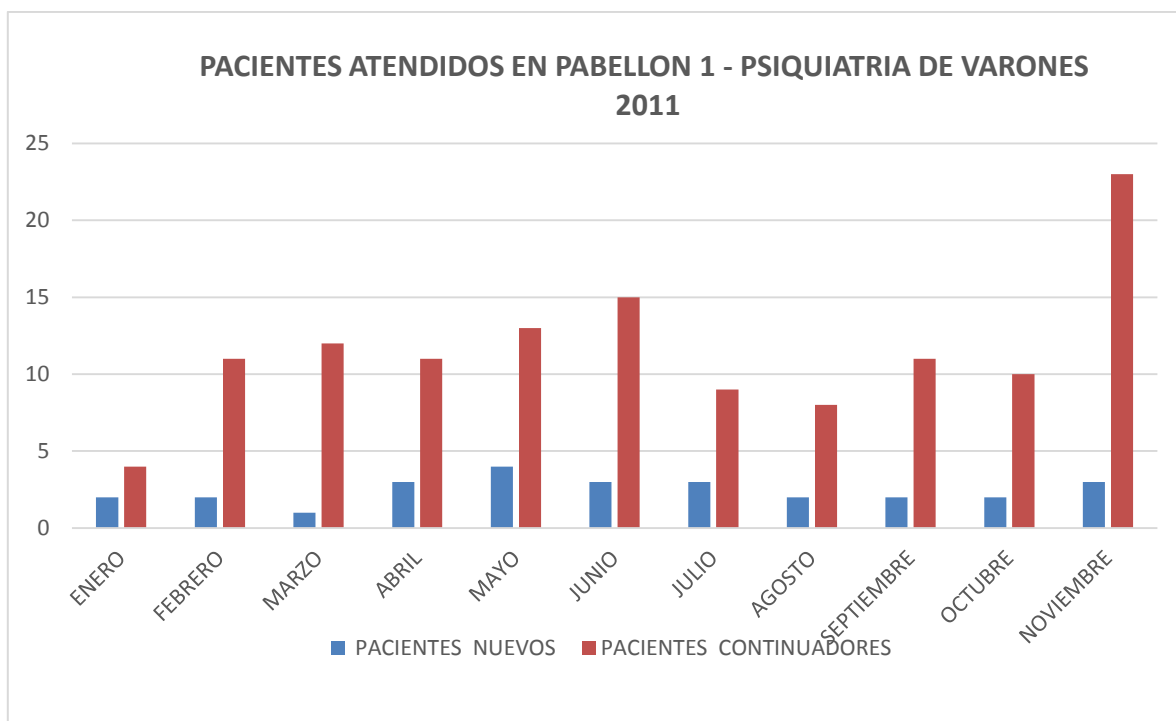
Edad de Aplicación: 19 a 65 años.

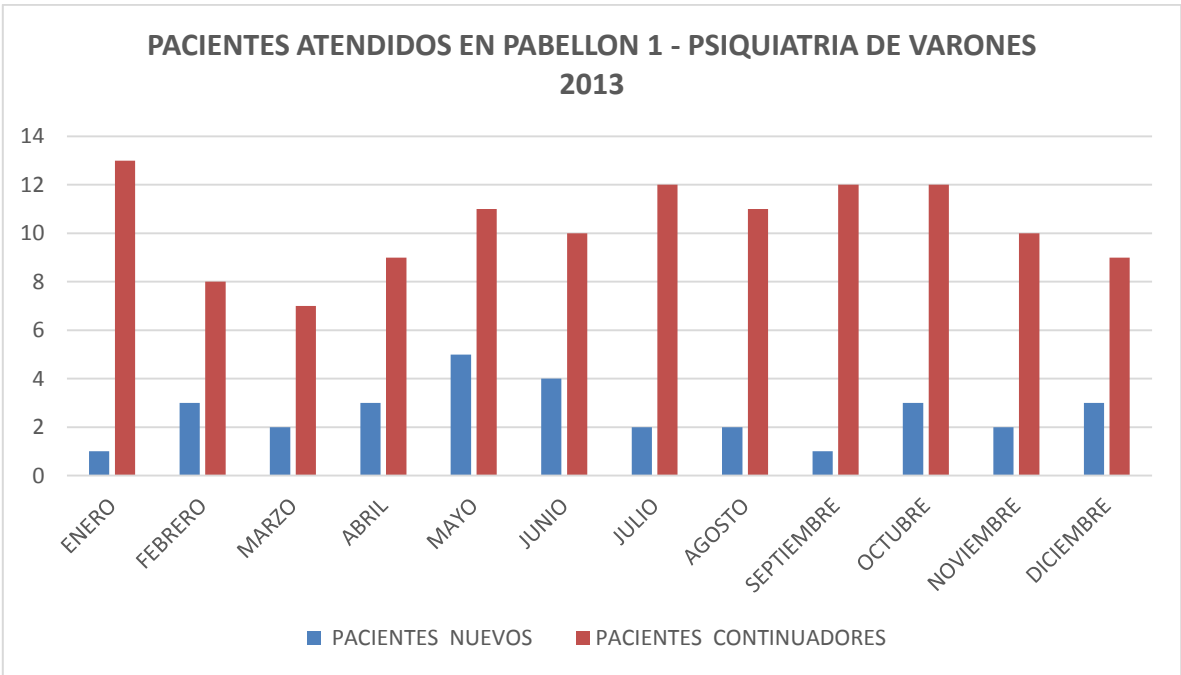
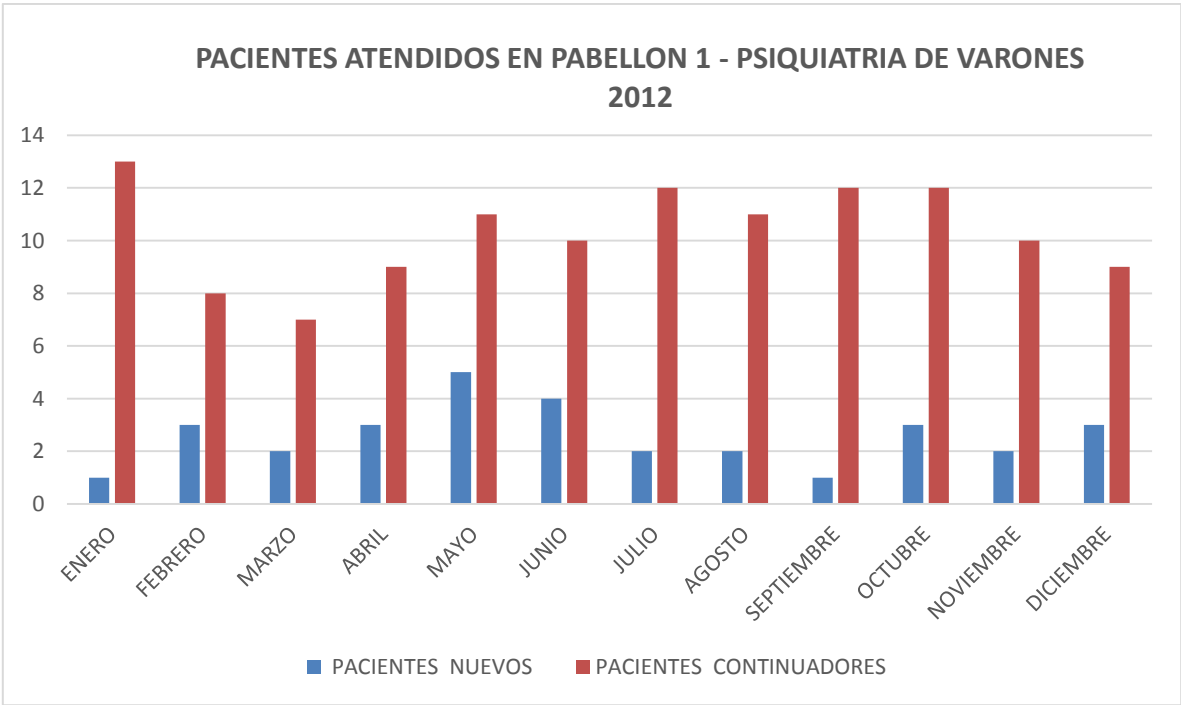
Objetivo: La identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías

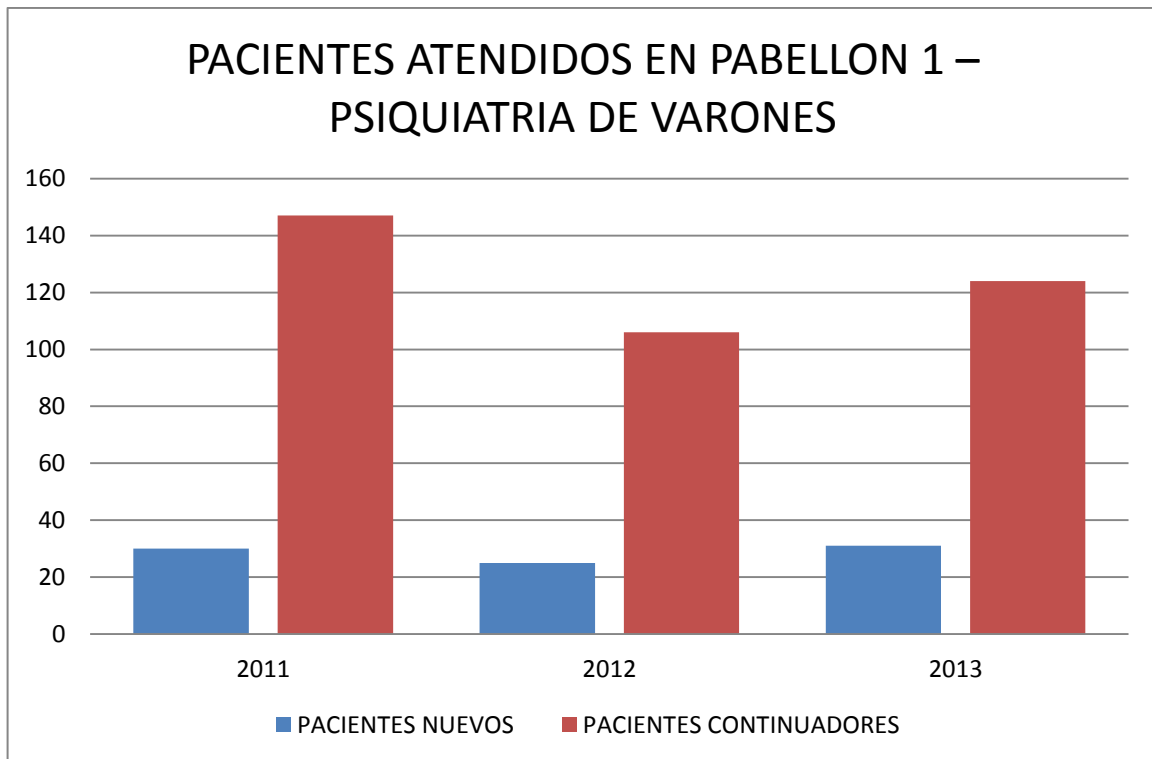
PACIENTES ATENDIDOS EN PABELLON 1 – PSIQUIATRIA DE VARONES

Cuadro 1

Mes	2011		2012		2013	
	NUEVOS	CONTIN.	NUEVOS	CONTIN.	NUEVOS	CONTIN.
ENERO	02	04	03	10	01	13
FEBRERO	02	11	01	13	03	08
MARZO	01	12	03	10	02	07
ABRIL	03	11	01	13	03	09
MAYO	04	13	04	08	05	11
JUNIO	03	15	01	07	04	10
JULIO	03	09	03	09	02	12
AGOSTO	02	08	03	08	02	11
SETIEMBRE	02	11	01	03	01	12
OCTUBRE	02	10	01	08	03	12
NOVIEMBRE	03	23	03	09	02	10
DICIEMBRE	03	20	01	08	03	09
total	30	147	25	106	31	124







B. Servicio de Consulta Externa de Adultos.

Objetivos Funcionales:

- a) Brindar atención psicológica ambulatoria especializada en adultos.
- b) Prestar atención psicológica a pacientes hospitalizados agudos, intermedios, crónicos y adicciones.
- c) Realizar evaluaciones psicológicas individuales o de grupo para el diagnóstico y tratamiento psicológico del paciente y familia.
- d) Elaborar, aplicar y evaluar los procedimientos de psicología para la atención del paciente en la consulta externa y hospitalización.
- e) Efectuar la programación de la atención en psicología en coordinación con los Departamentos de Consulta Externa y Hospitalización.
- f) Apoyar a la capacitación de psicología en temas de su competencia.
- g) Efectuar la investigación en psicología y apoyar la docencia en el campo de su competencia.

Consulta Externa de Adultos: Se asiste una vez por semana de 2:00 pm a 8:00 pm. La consulta para cada paciente es de 1 hora, efectuándose Terapia Cognitivo Conductual.

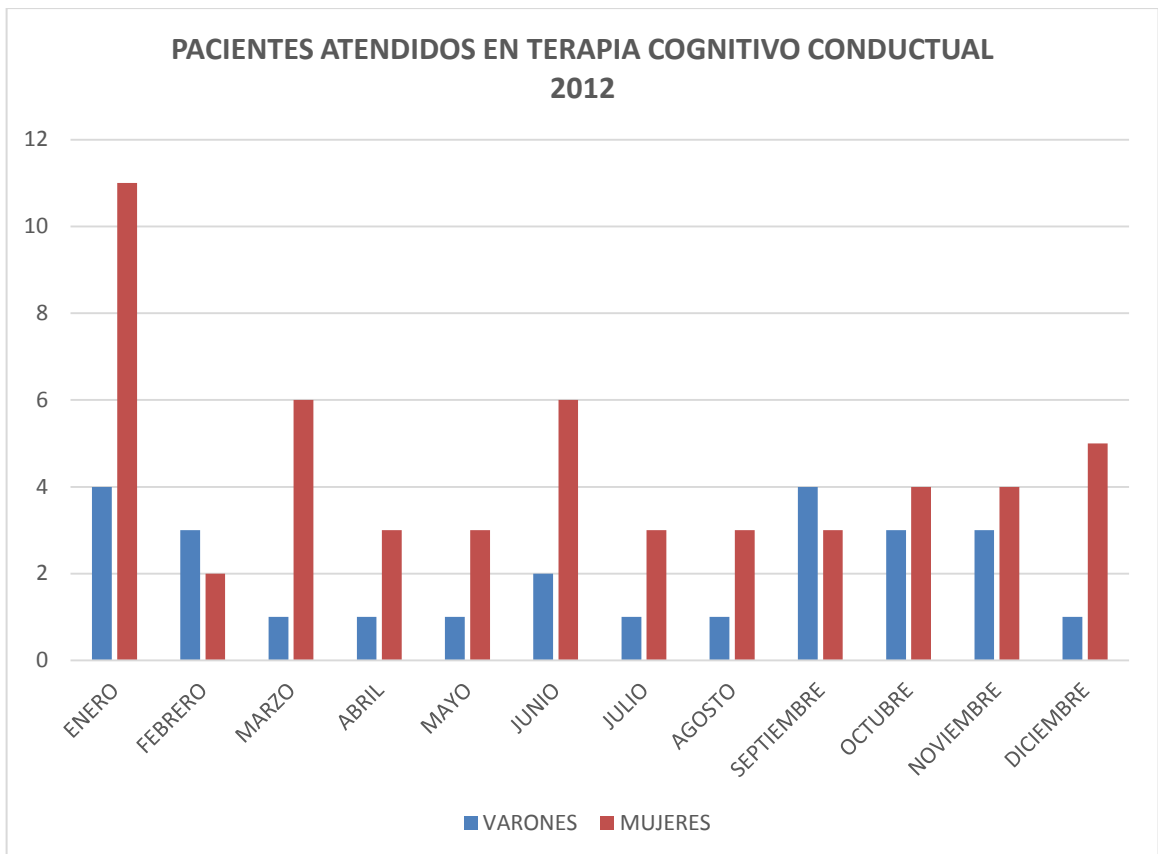
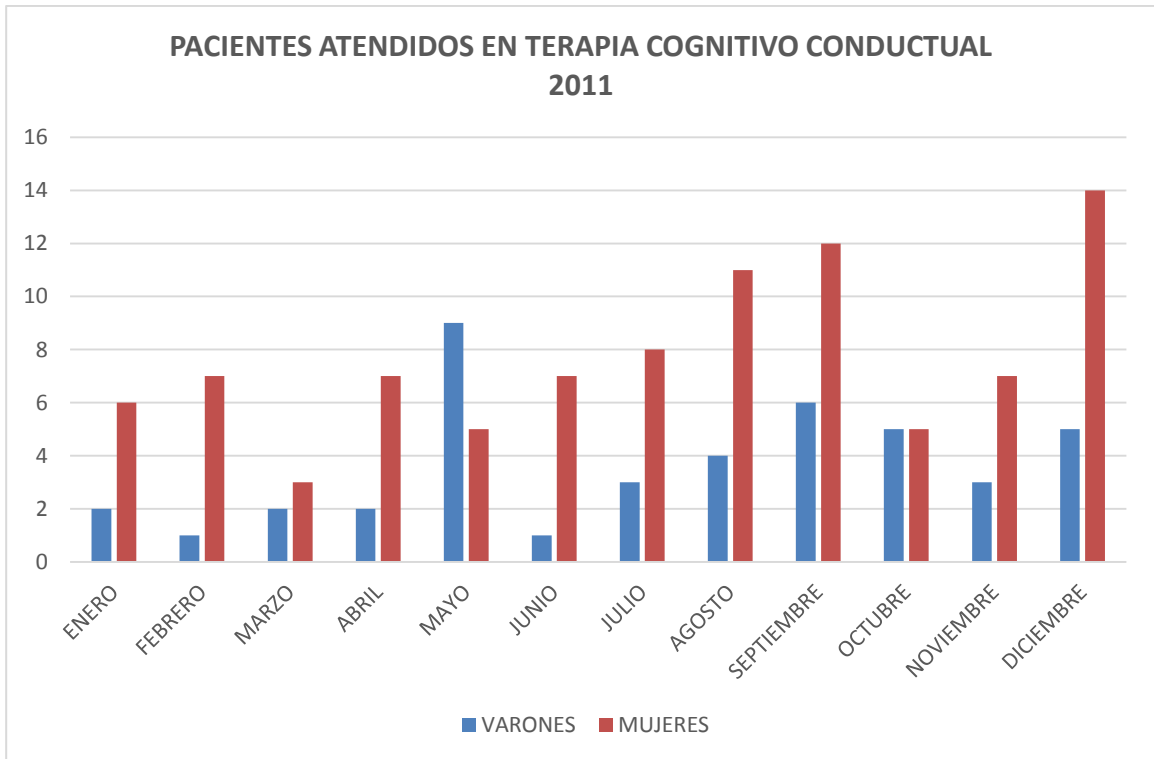
Instrumentos Utilizados (Formatos)

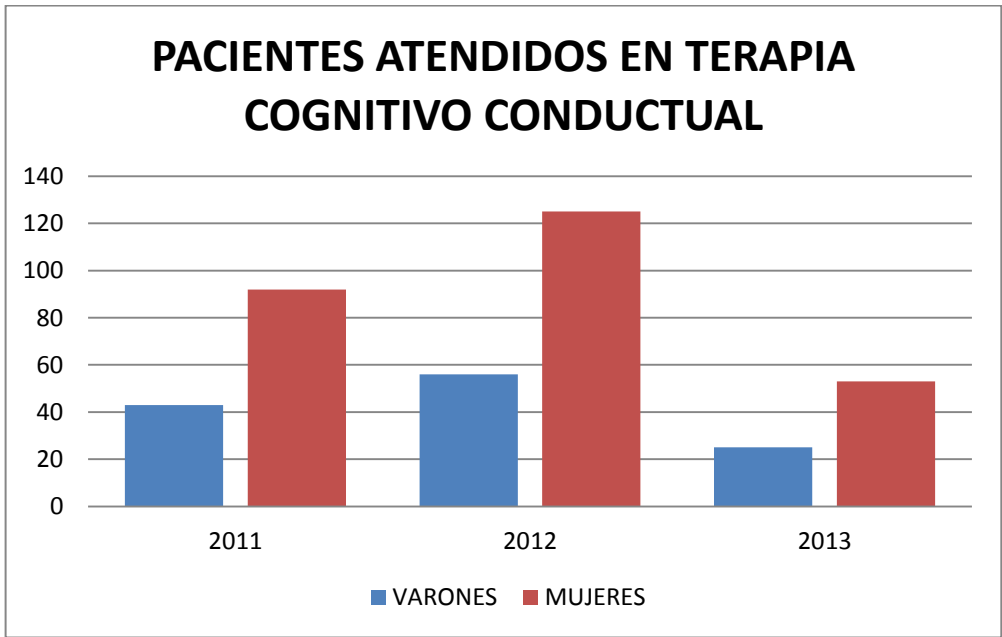
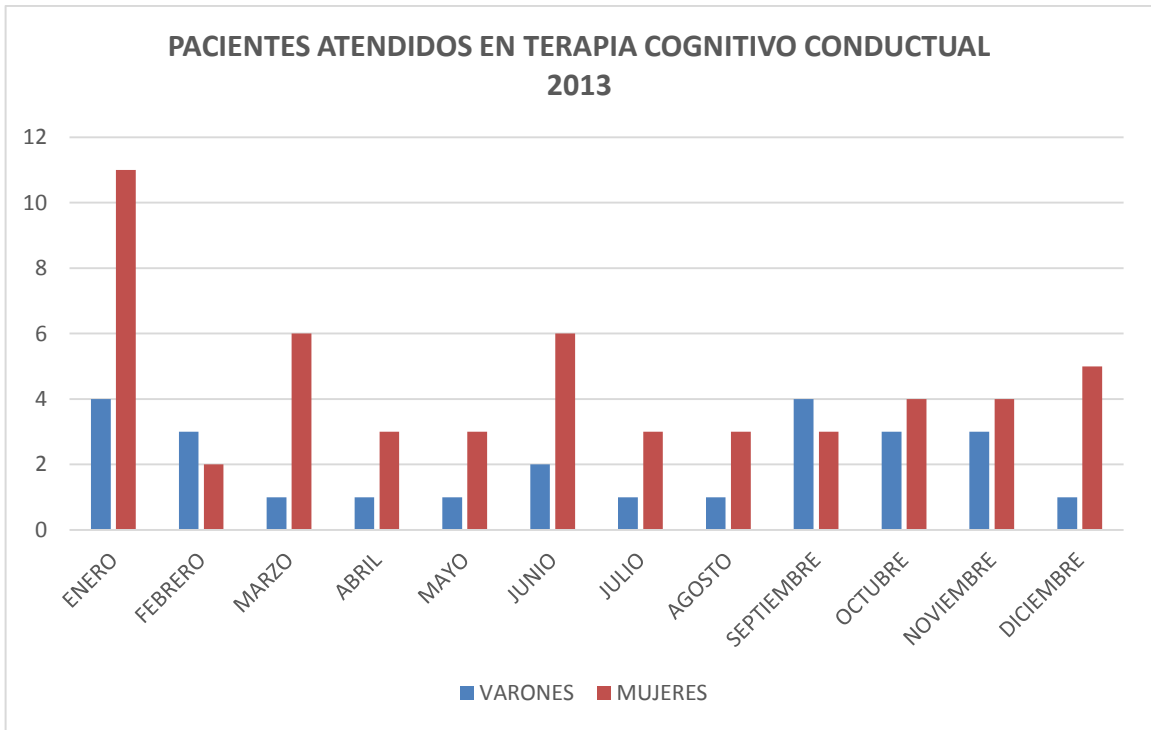
- Entrevista Clínica Inicial (Ps 142)
- Área Cognitivo Conductual (Ps 107)
- Formato para programa de tratamiento cognitivo conductual
- Análisis de pensamiento (Ps 111)
- Pensamientos Automáticos (Ps 108)
- Termómetro emocional
- Análisis Funcional
- Mis ejercicios de relajación (Ps 124)
- Escala de ansiedad de Zung
- Escala de depresión de Zung
- Inteligencia emocional de Bar-On

PACIENTES ATENDIDOS EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Cuadro 6

Mes	2011		2012		2013	
	V	M	V	M	V	M
ENERO	02	06	08	18	04	11
FEBRERO	01	07	04	07	03	02
MARZO	02	03	04	11	01	06
ABRIL	02	07	07	12	01	03
MAYO	09	05	03	15	01	03
JUNIO	01	07	07	14	02	06
JULIO	03	08	03	11	01	03
AGOSTO	04	11	08	07	01	03
SETIEMBRE	06	12	05	09	04	03
OCTUBRE	05	05	05	12	03	04
NOVIEMBRE	03	07	-	-	03	04
DICIEMBRE	05	14	02	09	01	05
Total	43	92	56	125	25	53





Intervención terapéutica: cognitiva conductual de Aarón Beck

PROGRAMA TERAPEUTICO COGNITIVO CONDUCTUALINTRODUCCION

En estos últimos 25 años la terapia cognitivo-conductual se ha utilizado en forma efectiva para el tratamiento de diversos trastornos emocionales y de la conducta. Se ha mostrado hasta cerca del 50% de eficacia y mantenimiento a los seis meses de seguimiento (Fisher & Durham, 1999).

A medida que han ido mejorando los modelos teóricos que explican los trastornos, los procedimientos terapéuticos, la evaluación y los estudios sobre la eficacia del tratamiento, ha generado que los resultados mejoren gradualmente.

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE AARÓN BECK

El modelo cognitivo, tal como refiere Beck (2000) "... propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común denominador una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes".

Cognición:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no.

Distorsión Cognitiva y Pensamientos Automáticos:

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de

distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Técnicas Cognitivas:

1. Detección de pensamientos automáticos: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea entre sesiones.

2. Clasificación de las distorsiones cognitivas: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.
3. Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.
4. Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.
5. Reatribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.
6. Descentramiento: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros puede comprobar esa hipótesis.
7. Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8. Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Objetivo general:

Disminuir los niveles de ansiedad o depresión generados por incremento de pensamientos automáticos negativos.

Objetivos específicos:

1. Reconocer la aparición de pensamientos distorsionados frente a eventos desagradables o estresantes y que genera actitudes negativas mediante psicoeducación de terapia cognitivo conductual.
2. Identificar los pensamientos automáticos o irracionales que incrementan sentimientos negativos que generan ansiedad, depresión, cólera, ira, preocupación, etc., mediante la aplicación de formato de autoregistro Ps.111.
3. Evaluar autoregistro Ps.111 e identificar los pensamientos automáticos presentados.
4. Reestructurar los pensamientos automáticos registrados por la paciente durante una semana.
5. Utilizar técnicas cognitivas – conductuales que mejoren las respuestas frente a eventos estresantes.

ESTRATEGIAS

FASE I: 1ra. Sesión

Entrevista inicial:

- Formato de Área Cognitivo Conductual (Ps. 107)

- Entrevista Clínica Inicial (Ps. 142)
- Formato para Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual

FASE II: 2da. y 3ra. Sesión

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- Intelectual (WAIS-R)
- Organicidad (Test de Retención visual Benton)
- Personalidad (Test de la figura Humana de Machover, Test bajo la lluvia, Millon, ICE BarOn.
- Otras Escalas: Escala de Zung de Ansiedad, Escala de Zung de depresión, Escala de Autoestima.

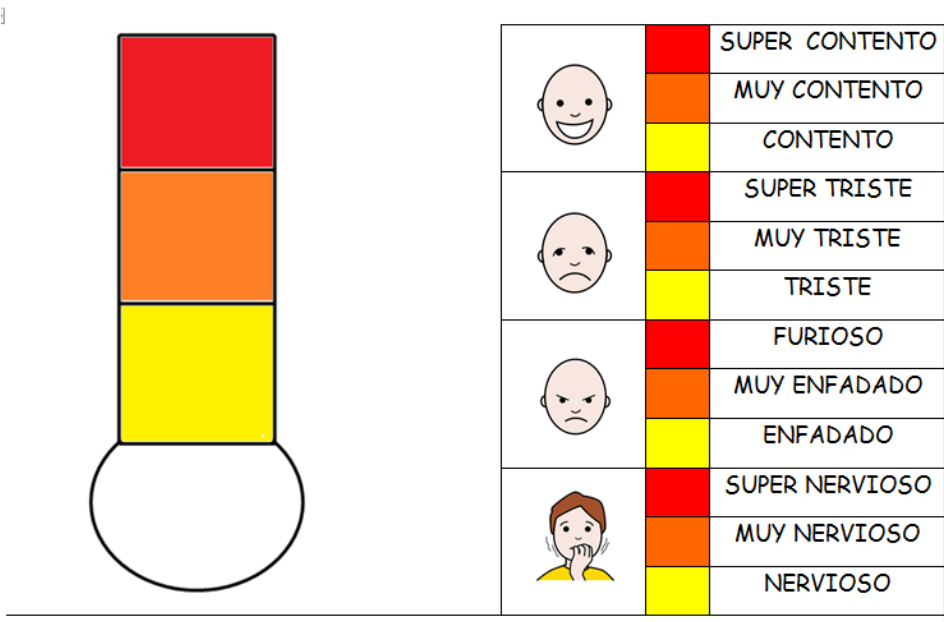
FASE III: 4ta. y 5ta Sesión

- Psicoeducación en Terapia Cognitivo Conductual
- Autoregistro de análisis de pensamiento
- Reconocimiento del termómetro emocional

Modelo A - B - C

REGISTRO DE SITUACION-PENSAMIENTO-EMOCION-CONDUCTA				
NOMBRE:.....			FECHA:.....	
FECHA	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION REACCIONES FISICAS	CONDUCTA
	1) Describe el acontecimiento o suceso que motiva a emoción desagradable. 2) El recuerdo o la corriente de pensamientos que la provoca.	1) Anote los pensamientos que preceden a la emoción y también las imágenes o recuerdos que le pasan por la cabeza. 2) Evalúa el grado de creencia de esos pensamientos.	1) Especifica si te sientes ansioso, triste, enfadado, deprimido, etc. 2) Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 10. 3) Describe tus reacciones físicas.	¿Qué hago ante esta situación? Duración: Tiempo que dura el proceso. Consecuencias: ¿Qué pasa después?

- Uso de formato de Termómetro emocional.



8ta. y 9ma Sesión

Identificación de pensamiento automático o negativo

Modelo A – B – C – D – E

FECHA	SITUACION O EVENTO	PENSAMIENTO AUTOMATICO NEGATIVO	EMOCION CONDUCTA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCION CONDUCTA

3.2 Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria

La unidad de salud mental comunitaria forma parte del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria (DCESMC) del Hospital Víctor Larco Herrera, carece de infraestructura y viene actuando en la práctica como un área funcional del departamento.

El personal encargado se encuentra laborando a tiempo parcial, por tener otras actividades programadas dentro del mismo hospital, lo cual interfiere con los avances de las actividades programadas.

A. ORGANIGRAMA



B. PROGRAMA 5: SALUD MENTAL COMUNITARIA

OBJETIVOSGENERAL:

- Promover estilo de vida saludable para la prevención de las enfermedades mentales dirigidas al paciente, familia y comunidad de los Distritos vinculados al Hospital Víctor Larco Herrera.
- Contribuir a disminuir las incidencias de las enfermedades mentales y retardar su inicio.

ESPECIFICOS:

- Disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar y conductas adictivas.
- Implementar un programa de seguimiento que garantice la continuidad del tratamiento disminuyendo recaídas, para mejorar la reinserción familiar y social.
- Promover la intervención precoz, en pacientes con enfermedad mental y del comportamiento, retardando su deterioro y mejorando la adherencia al tratamiento con el Programa de Prevención y Promoción de la Salud Mental y Seguimiento del Paciente Recuperado.
- Prevenir o retardar el inicio de la enfermedad mental en la población de los distritos vinculados al Hospital Víctor Larco Herrera.
- Promover la investigación operativa en coordinación con la oficina de docencia.

METAS – INDICADORES

Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Indicador
Promover estilo de vida saludable para la prevención de las enfermedades mentales dirigidas al paciente, familia y comunidad de las Distritos vinculados al Hospital Víctor Larco Herrera.	Prevenir o retardar el inicio de la enfermedad mental en la población de los distritos vinculados al Hospital Víctor Larco Herrera.	Mejorar la calidad de vida de la familia y la comunidad en un 5% al 2015	Número de participantes en actividades psicoeducativas, talleres psicológicos y campañas de Salud Mental.
Prevención y Promoción de la salud mental y Seguimiento al paciente Recuperado	Disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar y conductas adictivas.	Disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar y conductas adictivas en 20% para el 2015.	<p>Número de personas víctimas de violencia / total de la población X100.</p> <p>Número de personas con conductas adictivas / total de la población X100.</p> <p>Número de campañas realizadas de sensibilización y difusión En temas de violencia y adicción / número de campañas programadas</p>
	Implementar un programa de seguimiento que garantice la continuidad del tratamiento disminuyendo recaídas, para mejorar la reinserción familiar y social.	Disminuir las recaídas y abandono del tratamiento en 30% para el 2015	<p>Número de pacientes y familiares comprometidos con el tratamiento / total de pacientes y familiares X 100.</p> <p>Número de pacientes recuperados / total de pacientes X 100.</p>
Investigación en Salud Mental	Promover la investigación operativa en coordinación con la oficina de docencia e investigación.	Realizar trabajos de investigación para el 2015	Número de proyectos realizados/número de proyectos planteados

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA												RESPONSA BLE
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Prevenir o retardar el inicio de la enfermedad mental en la población de los distritos vinculados al Hospital Víctor Larco Herrera.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar charlas educativas de sensibilización en el cuidado de una buena salud mental. Desarrollar talleres de autoestima, asertividad, manejo de ira, dependencia afectiva. Promover grupos de ayuda mutua en personas con dependencia afectiva, pobre control de impulsos y baja autoestima. Formar y capacitar líderes en la comunidad comprometidos en la salud mental a través de las instituciones vinculadas al Hospital Víctor Larco Herrera. 													
Disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar y conductas adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar y trabajar con las autoridades interinstitucionales en la prevención y promoción de la violencia hacia la mujer y conductas adictivas. Desarrollar actividades psicoeducativas relacionados con temas de violencia y adicción dirigidos a la comunidad en coordinación con las Redes sociales y Organizaciones de Base. Coordinar apoyo con Instituciones no gubernamentales para prevención y promoción de conductas adictivas. Difundir la atención gratuita y tratamiento integral para víctimas de violencia intrafamiliar. 													
Promover la investigación operativa en coordinación con la oficina de docencia.	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de un proyecto de investigación. Coordinación con la oficina de capacitación y docencia para su aprobación. Ejecución del proyecto de investigación. 													
Garantizar la continuidad del tratamiento disminuyendo recaídas, para mejorar la reinserción familiar y social.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar visitas domiciliaras, gestiones telefónicas para monitorizar a pacientes con sospecha de abandono de tratamiento. Sensibilizar a la familia para evitar recaídas y re hospitalizaciones. Hacer registro de adherencia y continuidad de tratamiento ambulatorio. Verificación de asistencia a control médico. 													

C. Programas de Prevención y Promoción

PROGRAMA DE TALLERES PSICOEDUCATIVOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

JUSTIFICACION

El Hospital Víctor Larco Herrera, Institución especializada en la Salud Mental a través de la Unidad de Salud Mental Comunitaria promueve talleres psicoeducativos con el objetivo de producir e implementar acciones de promoción y prevención para el cuidado de una buena salud mental en la población en general.

Mediante estos talleres se promueve la sensibilización, información y pautas para prevenir futuros trastornos mentales. Abordándose temas para una buena salud mental se proporciona el incremento de competencias y habilidades para el comportamiento positivo para mejorar la calidad y estilo de vida saludable.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información a la población para la adquisición de conocimientos y actitudes que posibiliten modificar su conducta individual y colectiva en temas relacionados a salud mental para mejorar su calidad de vida a través de charlas y dinámicas que permitan la participación de dicha población.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar información en temas relacionados al desarrollo de habilidades y destrezas a fin de establecer diferencias con un desarrollo anormal para prevenir problemas futuros.
- Participar a la comunidad en forma didáctica aspectos relacionados a la prevención en conductas adictivas en los adolescentes y adultos.

- Establecer patrones de comportamiento mediante la prevención de enfermedades mentales y la promoción de estilos de vida saludable y la no violencia.
- Fomentar el uso racional de medicamentos en la población de acuerdo a sus necesidades clínicas.
- Promover un estilo de nutrición saludable en la población.
- Sensibilizar a la población acerca de la violencia basada en género. Además, conocer su situación a través de la ficha de tamizaje de violencia.

1. CONTENIDOS EDUCATIVOS

UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

- Roles de Género: Diferencias entre hombres y mujeres
- Importancia de la independencia laboral de la mujer
- Machismo en nuestra sociedad peruana
- Autoconfianza y Autoestima en la mujer
- Empoderamiento de la mujer: Trazando metas y objetivos
- Importancia del soporte familiar frente a situaciones adversas
- Importancia de la Salud Mental en la Vida Diaria
- Técnicas Psicológicas para Manejar la Ansiedad y el Estrés
- Promoción de la Salud Mental y de Prevención de Problemas Psicosociales
- Aprendiendo a decir no a la violencia
- Programa de Prevención e Intervención Psicosocial de la Violencia de Género

UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

- Soporte para familias de personas con habilidades diferentes
- Personas con habilidades diferentes en la familia
- Autodesarrollo en Personas con Habilidades Diferentes
- Etapas de la Relación y Problemas Frecuentes en la Pareja
- Relaciones de parejas saludables y no saludables

- La comunicación asertiva en parejas y la convivencia
- Infecciones de Transmisión Sexual y Sexualidad Responsable
- Mirando la vida positivamente
- Previniendo Enfermedades Estacionales
- Factores protectores frente al cáncer
- Aprendiendo a ser felices
- Reforzando mí Autoestima
- Valorándome tal y como soy
- Manejo y Control de Ira en la Familia
- Distribución de responsabilidades en el hogar

DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Cómo reforzar la autoestima de nuestros hijos
- Cómo mejorar la comunicación frente a la conducta de los hijos
- Prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes

DEPARTAMENTO DE ADICCIONES

- Identificación de conductas adictivas en niños, adolescentes y adultos.
- Adicción a los videojuegos e internet
- Factores Protectores y de Riesgo en adicciones: Soporte Familiar en casos de adicción
- Manejo de Relaciones en situación de codependencia
- Previniendo la adicción al tabaco y alcohol

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

- Pasos para una adecuada nutrición
- Nutrición Saludable para prevenir enfermedades
- Nutrición para niños en etapa escolar: Lonchera Saludable
- Nutrición en la Tercera Edad
- Alimentación en casos de Trastornos Alimenticios: Anorexia y Bulimia
- Nutrición para Mujeres Gestantes

2. EVALUACIÓN

- Fichas de Inscripción
- Registro de asistencia de los participantes
- Dinámicas grupales relacionadas al tema
- Pre-test y post-test por cada tema que se brinda (mensualmente)

3. COORDINACIONES: Internas:

Dirección General, Dirección Administrativa, Docencia e Investigación, Comunicaciones, Servicios de Logística, Mantenimiento, Transportes.

Departamento de Consulta Externa.

Departamento del niño y adolescente

Departamento de Adicciones.

Departamentos de: Enfermería, Psicología, Servicio Social

4. RECURSOS

➤ HUMANOS

- Equipo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria
- Departamento del Niño y Adolescente
 - Departamento de Adicciones
 - Departamentos: Psicología, Trabajo Social y Enfermería.
 - Oficina para la Docencia e Investigación.
 - Oficina de Comunicaciones

➤ MATERIALES: Ecran, Trípticos, Computadora, Data, Cinta masking tape, Lapicero, Hojas Bond, Paleógrafo, Cartulina

5. FINANCIAMIENTO:

Dirección General el Hospital Víctor Larco Herrera

6. CRONOGRAMA Y LUGAR

Lugar: Aula Roja

Fechas: Sábados

Hora de 10:00 am a 12.00 pm.

PLAN DE TRABAJO
CAMPAÑAS DE SALUD MENTAL

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar actividades de promoción y prevención para retardar el inicio de la enfermedad mental en la población en coordinación con las municipalidades u organizaciones de la comunidad vinculados a nuestra Institución

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Promocionar los servicios que brinda el Hospital Víctor Larco Herrera.
2. Participar en actividades preventivas como campaña de salud desarrolladas por municipios vinculados a nuestra jurisdicción.
3. Realizar la despistaje de ansiedad, depresión, conducta adictiva, violencia, estrés en la población asistente a las campañas.
4. Desarrollar charlas educativas de promoción y prevención en salud mental en la población que asiste a las campañas, con apoyo de material educativo (Díptico y Trípticos)
5. Realizar tamizaje sobre violencia a la población concurrente a las campañas.
6. Brindar información y orientación sobre diferentes temas de salud mental con el refuerzo de material escrito

ALCANCES:

Se participará mensualmente de las campañas de salud organizadas por las diferentes municipalidades.

TEMAS DE BASE DE LA ORIENTACIÓN: (Trípticos y díptico)

1. Cómo educar sin maltrato
2. Violencia
3. Prevención del estrés
4. Crianza de hijos
5. Estilos de vida saludable
6. Violencia familiar
7. Ansiedad
8. Depresión

9. Control de ira.
10. Trastorno de la conducta alimentaria
11. Fobias.
12. Esquizofrenia
13. Habilidades Sociales.
14. Detengamos la violencia contra la mujer
15. Salud Mental
16. Estigmas de Salud Mental

RECURSOS

HUMANOS: Equipo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria

MATERIALES: Banner, Trípticos, Cinta masking tape, Lapicero, Hojas Bond, Paleógrafo, Cartulina, Copias de cuestionarios para despistaje, Formatos de atención

FINANCIAMIENTO: Dirección General el Hospital Víctor Larco Herrera

PLAN EDUCATIVO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

PROMOTORAS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El promotor en Salud Mental es una persona de la comunidad que se capacita en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, es el líder que busca generar el cambio en los estilos de vida, impulsando una red dirigida a conductas saludables en su comunidad.

El Promotor de Salud Mental como agente de cambio es quien fortalece a su agrupación la promoción de la salud con la toma de conciencia sobre la situación actual de salud de su comunidad, organiza y afronta activamente los diversos problemas que se presentan en el grupo, fomenta estilos de vida saludable, busca aumentar el bienestar individual, grupal, y comunal (promover el vivir bien) tomando en cuenta las condiciones de los problemas de salud mental que influyen en el bienestar de la familia y comunidad, así mismo, buscar apoyo de cooperación de la comunidad para tomar acciones que movilicen a sus miembros para mantenimiento de su bienestar, concientiza a la familia y comunidad sobre la importancia de la salud mental y genera reuniones para el intercambio de experiencias promoviendo un estilo de vida saludable, y sensibilizar a la autoridades de su comunidad en el tema de salud mental y presten apoyo correspondiente.

La intervención del promotor en la prevención es buscar reducir la presencia de problemas que interfieren con el logro de bienestar, trata de reducir los factores de riesgo y las condiciones que dañan a las personas y la comunidad, identifica a las personas que presentan problemas de salud mental e interviene antes y durante la aparición de las señales de malestar.

JUSTIFICACIÓN

El presente plan de trabajo tiene como propósito capacitar a líderes de las organizaciones de la comunidad a fin de sean agentes de cambio de conductas saludables dentro de su entorno, serán los medio generadores para mejorar el nivel de salud mental de la población mediante la promoción y prevención fomentando estilos de vida saludables y disminuir los prejuicios e ideas erradas sobre la enfermedad mental.

OBJETIVOS GENERALES

1. Promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y psicosociales en la población objetivo.
2. Fortalecer el mecanismo de trabajo y coordinación entre los sectores salud, gobiernos locales, organizaciones de base, parroquia e instituciones.
3. Formar promotores de salud mental en las organizaciones de base, y vecinales como ente multiplicador de la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a los líderes comunales a través de las diferentes coordinaciones con las instituciones para conseguir la participación de la comunidad en acciones de prevención y promoción de la salud mental.
2. Identificar en coordinación con la comunidad las principales problemáticas para que sirvan como objetivos del programa.
3. Capacitar a los diferentes líderes comunales en salud mental, a través de psicoeducación para que sean orientadores y consejeros sociales dentro de la comunidad.
4. Realizar actividades de promoción de salud mental en conjunto con los promotores de salud de cada comunidad.
5. Establecer niveles de coordinación y ejecución con organizaciones e instituciones que se encuentran ubicados dentro de la jurisdicción priorizando los Distritos de Magdalena Del Mar y la región Callao.

6. Monitorear y supervisar la ejecución y el desempeño de la labor de los promotores de salud capacitados.
7. Mantener el contacto con los promotores capacitados para facilitar la modificación de actividades y la multiplicación de acciones de la salud mental.
8. Asegurar la continuidad del programa a través de actividades organizadas por el Hospital Víctor Larco Herrera haciendo uso del nexo establecido con los promotores capacitados.

ACTIVIDADES

1. Coordinaciones con las Municipalidades, COPRODELI y otras instituciones para la realización de actividades destinadas a promover la salud mental
2. Elaboración de material de trabajo para las labores educativas de capacitación.
3. Capacitación de líderes comunales en salud mental a través de psicoeducación
4. Atender a los promotores de salud capacitados en cuanto a dudas o propuestas que puedan surgir.
5. Creación y promoción del correo electrónico del Servicio de Salud comunitaria.
6. Elaborar un directorio virtual de las diferentes instituciones así como de promotoras de salud mental.
7. Promocionar por medio de COMUDENA, las actividades del Servicio de Salud Mental Comunitaria del HVLH.
8. Monitorización frecuente (mensual, bimestral, etc) de la ejecución y el desempeño de la labor de los promotores de salud capacitados por medio de mecanismos físicos como virtuales.
9. Elaborar indicadores que permitan medir la intervención del promotor de salud en la comunidad.

TEMATICA DE CAPACITACION

1. SALUD MENTAL Y SER AGENTE COMUNITARIO

2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN
 - a. Escucha activa
 - b. Comunicación efectiva
3. PROMOCION Y PREVENCION
 - a. Trabajo en equipo
 - b. Autocuidado
 - c. Empoderamiento
 - d. Identificación de recursos
4. ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL
 - a. Depresión
 - b. Ansiedad
 - c. Esquizofrenia
5. CONDUCTAS ADICTIVAS
 - a. Factores relacionados al consumo: Sociales, económicos, familiares
 - b. Tipos de drogas
 - c. Síntomas de consumo
 - d. ¿Qué hacer? Pasos a seguir. Rehabilitación
6. ROL DE LA FAMILIA
 - Rol de la Familia
 - Tipos de Familia
 - Soporte Familiar
7. INTERVENCION EN CRISIS
 - Duelo
 - Enfermedad
 - Desastres
8. MANEJO DE CONFLICTOS
 - Consejería
 - Manejo de conflictos
 - Intervención en crisis
 - Técnicas de solución de problemas

BENEFICIARIOS:

1. Promotoras de COPRODELI - Callao
2. Facilitadoras en Acción en violencia
3. Coordinadoras Vaso de leche
4. Promotoras de Salud Mental del Centro de Salud
5. Juntas vecinales

RECURSOS HUMANOS

- Organización por el equipo multidisciplinario de Salud Mental Comunitaria:
 - Psicólogas
 - Residentes en Psiquiatría III
 - Trabajadora Social
 - Enfermera
 - Médico Psiquiatra

RECURSOS MATERIALES

- Material psicoeducativo (Manual)
- Fólder
- Hojas Bond
- Lapiceros
- Paleógrafos
- Plumones gruesos
- Maskintape
- Data
- Ecran
- Movilidad

CRONOGRAMA

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SALUD MENTAL	12								
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN		17							
PROMOCION Y PREVENICION EN SALUD MENTAL			21						
ROL DE LA FAMILIA				19					
INTERVENCION EN CRISIS					16				
ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL						20			
CONDUCTAS ADICTIVAS							18	15	
CLAUSURA									20

PLAN DE TRABAJO CONVIVENCIA SALUDABLE

TALLER: "AMA BIEN Y SE FELIZ"

FUNDAMENTACIÓN:

A nivel nacional, las estadísticas (ENDES, 2012) muestran un escenario muy negativo y violento en las relaciones de pareja. Las mujeres peruanas expresan que en el último año, el 11.6% de ellas han experimentado violencia física por parte de su esposo. El 6.4 % han sido obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales, el 63.8% se han visto expuestas a situaciones de control y el 21.6 % a situaciones humillantes.

En el distrito de Magdalena hay un especial interés por trabajar estos temas. Esto debido a que la población reporta casos de violencia dentro de la comunidad o ellos mismos acuden para buscar ayuda a dependencias como la DEMUNA.

Para prevenir el aumento de esto casos en la población, se debe apuntar a disminuir los factores de riesgo de esta problemática, en parejas que están asumiendo un compromiso a largo plazo. Es en este sentido que se plantea un taller en el que se busca abarcar temáticas respecto a la convivencia, y brindar herramientas a los participantes para su manejo.

OBJETIVO GENERAL:

Sensibilizar y brindar información a las parejas sobre una convivencia saludable, y mantener una relación de pareja sana y sin violencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Orientar a las parejas las bases para una comunicación efectiva en la pareja.
- Fortalecer elementos relacionados a la autoestima que promuevan una convivencia saludable.
- Instruir técnicas que ayuden al afrontamiento de problemas durante la convivencia.

- Proporcionar información sobre la sexualidad saludable en la relación de pareja.

METODOLOGÍA:

El Módulo se estructura en 5 talleres de 180 minutos cada uno. En cada fecha del taller se trabajará un tema en específico con exposiciones teóricas acompañadas de dinámicas en personales, en pareja o grupales que faciliten el entendimiento y la puesta en práctica de lo explicado durante el taller.

COORDINACIONES:

Coordinación Internas: Dirección General, Departamento de Consulta externa y Salud Mental Comunitaria

Coordinaciones Externas: COMUDENA-DEMUNA Abog. Rosa Villar, Sub – Gerente Registro Civil Lic. Andrea Cabana

ORGANIZADORES:

Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera
Jefa de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
Equipo de Salud Mental Comunitaria

TEMAS:

1. La Comunicación
 - 1.1. Estilos de comunicación
 - 1.2. Elementos de ayudan y dificultan la comunicación en pareja
2. El Autoestima
 - 2.1. Fortaleciendo la autoestima personal
 - 2.2. Elementos que fortalecen o atentan contra el autoestima en pareja
3. La Convivencia
 - 3.1. Manejando las diferencias en pareja
 - 3.2. Compartiendo responsabilidades

4. Solución de Problemas
 - 4.1. Orientación positiva o negativa del problema y sus implicancias
 - 4.2. Pasos para la solución de problemas en pareja
 - 4.3. Manejando las emociones
5. Sexualidad
 - 5.1. Concepto de Sexualidad, mitos y creencias
 - 5.2. Derechos reproductivos y sexuales

RECURSOS MATERIALES:

- Hojas Bond
- Lista de Asistencia
- Lapiceros
- Plumones
- Música de fondo instrumental
- Reproductor de música
- Laptop
- Retroproyector

PLAN DE TRABAJO

“CAPACITACIÓN EN MANEJO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO – PERSONAL DE SALUD”

La violencia contra la mujer es todo acto de Violencia Basada en Género (VBG) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como también las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.

Desde el enfoque de los derechos humanos, la VBG compromete el derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la libertad, a la seguridad personal, a la igualdad en la familia y a ser educado libre de patrones estereotipados.

El reconocer que la VBG es un problema de salud pública, no la exime de ser analizada independiente de las normas, estructuras sociales y roles de género que incrementan la vulnerabilidad de la mujer ante la violencia.

La VBG es un fenómeno frecuentemente presente en la sociedad. Más del 50% de las mujeres peruanas en edad reproductiva reportan haber sido víctimas de VBG. Entre las mujeres que acuden a los servicios de salud se hallan efectos perjudiciales en la salud física, mental y reproductiva.

Particularmente, en lo que concierne a la salud mental, se encuentra que las víctimas de violencia presentan ansiedad, estrés, depresión y traumas que pueden desencadenar en suicidios u homicidios afectando a toda la familia y sociedad en general. A ello se suman las consecuencias de las agresiones físicas y sexuales como dolor pélvico crónico, aborto espontáneo e inducido, parto prematuro de niños de bajo peso, cuadros de preeclampsia, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, etcétera.

Por lo previamente expuesto, el Hospital “Víctor Larco Herrera” realiza el presente taller en coordinación con el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, en el cual se establecerán acciones prioritarias para

continuar el trabajo de prevención y atención a las víctimas de la violencia, particularmente contra la mujer.

OBJETIVO:

Socializar, analizar, evaluar y programar las actividades relacionadas a la prevención de la violencia basada en Género en el marco de la implementación del Plan preventivo promocional en Contra de la Violencia hacia la Mujer.

METODOLOGÍA

La capacitación tendrá una duración de 03 días a 3 horas por día, en los cuales se desarrollaran actividades teóricas y prácticas para el cumplimiento del objetivo propuesto.

Se aplicaran técnicas de:

- Exposición - diálogo
- Taller
- Plenaria

PARTICIPANTES: Promotoras de salud

RECURSOS MATERIALES:

- Hojas Bond
- Lista de Asistencia
- Lapiceros
- Plumones
- Música de fondo instrumental
- Reproductor de música
- Laptop
- Retroproyector

DIA	HORA	ACTIVIDAD / CONTENIDO	RESPONSABLE
		- Inscripción y entrega de Materiales.	Equipo de Salud Mental
		- Inauguración	Directora General del HVLH
		- Situación de la Violencia Basada en Género en el Perú	
		- Marco Conceptual - Género y Derechos - VBG	
		- Ciclos sistemáticos de la violencia de género, y como estos se expresan en la sexualidad. - Marco Legal	
		- Identificación de Casos de Violencia - Captación de casos de violencia- fichas de tamizaje	
		- Manejo protocolizado de la VBG	
		- Abordaje multidisciplinario	
		- Revisión de Casos Clínicos y Aplicación de Protocolos Trabajo en grupo Tema: "Identificando la Violencia y tratando la violencia"	
		Plenaria	
		- Protocolo de Manejo de la Violencia Basada en Género: - Tratamiento del Caso - Plan de Seguridad para la Violencia Basada en Género	
		- Factores de riesgo para la VBG	

DIA	HORA	ACTIVIDAD / CONTENIDO	RESPONSABLE
		- Consejería - Indicadores para la detección para VBG	
		- Intervención en Crisis - Psicoterapia Básica de Apoyo	
		- Manejo de conflictos - Autocuidado	
		- Estilos de Vida Saludable	
		- Centralizar un Registro de Información de Violencia	
		ACUERDOS - CLAUSURA	

PLAN DE TRABAJO

MODULO DE HABILIDADES SOCIALES

INTRODUCCION

Ante la presión que pueden ejercer los demás en uno mismo, resulta fundamental el saber decidir y expresarse con firmeza, posicionarse ante los otros. Las llamadas Habilidades Sociales conforman un valioso “equipaje” de supervivencia” que podemos emplear a la hora de interactuar con los demás. Las habilidades sociales promueven la seguridad y confianza en uno mismo así como la empatía y el respeto hacia los demás. Estas estrategias nos permitirán expresarnos de una manera mucho más eficaz y defender contundentemente nuestros intereses, minimizando los conflictos y saliendo victoriosos de aquellos que surjan inevitablemente.

No se nace siendo “habilidoso socialmente”, no se trata de algo innato. Eso significa que, como cualquier otra conducta, las habilidades sociales se pueden aprender y potenciar. Uno puede ser más o menos “habilidoso socialmente” en general, o bien serlo en unas áreas vitales más que en otras, pero siempre se pueden aprender nuevas formas y mejorar a través del conocimiento y entrenamiento de algunas pautas comunicativas específicas.

En definitiva, aprender y desarrollar estas habilidades resulta fundamental para conseguir unas óptimas relaciones con los otros.

OBJETIVO GENERAL

La importancia sobre la comunicación y el buen desenvolvimiento en las relaciones interpersonales

OBJETIVO ESPECÍFICO

- La capacidad de tomar decisiones, evaluando sus posibilidades y considerando las diferentes consecuencias de sus elecciones.
- La capacidad de resolver problemas buscando soluciones constructivas a los problemas.

- Establecer una comunicación eficaz con los demás, expresando sentimientos, necesidades e ideas.
- Mantener y establecer relaciones interpersonales de modo positivo con las personas que se encuentran a diario, especialmente con otros familiares.
- Fomentar el autoconocimiento de saber quiénes son, qué quieren o no quieren, que les complace o disgusta.
- La habilidad de una persona para imaginar cómo es la vida de otra persona en una situación muy diferente a la propia, teniendo la capacidad de experimentar empatía.
- Controlar las emociones para que puedan reconocer sus emociones y la forma en que influyen en su comportamiento.
- Dotar de recursos y técnicas a los monitores para ayudar a mejorar sus relaciones sociales, potenciando su seguridad personal en el ejercicio de su labor.
- Reflexionar sobre lo que son las habilidades sociales y la importancia de las mismas tanto a nivel personal como social.
- Desarrollar actitudes de convivencia positiva.

METODOLOGÍA

El número de participantes contará con un aproximado de 6 a 30 personas en el horario de 10:00am – 12:00pm. Que será impartido por profesionales del área de Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera, que se realizará dentro de 8 sesiones con una duración de dos horas.

CONTENIDOS

Autoestima:

- Fortaleciendo mi autoestima
- Autoconocimiento
- Autoconcepto

Asertividad:

- Escucha activa
- Aprendiendo a decir no

- Estilos de comunicación

Control de emociones:

- Expresión de nuestras emociones
- Manejo de emociones

RECURSOS

- Ambiente amplio
- Sillas
- Hojas bond A-4
- Lapiceros
- Cartulina
- Plumón
- Cinta adhesiva
- Música clásica

PLAN DE TRABAJO

MODULO DE PROMOCIÓN PARA UNA VIDA SIN VIOLENCIA

INTRODUCCION

El Plan Nacional de Violencia hacia la mujer 2009 – 2015 es un instrumento de política que implica realizar la implementación de acciones tendientes a garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, además de generar el acceso a servicios públicos de calidad y realizar la promoción de cambios en los patrones socio-culturales hacia nuevas formas de relaciones sociales entre mujeres y hombres basadas en el respeto pleno de los derechos humanos.

La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. Se trata de un problema que afecta los derechos humanos de las mujeres y se constituye en un importante problema de salud pública.

Este fenómeno social, en la actualidad está generando la intervención de diversas organizaciones y la implementación de estrategias para disminuir este problema de salud. La OMS el 2012 informa que “el 70% de mujeres en el Perú habían referido haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual”.

Dentro de este marco, se plantea medidas de promoción de recursos personales, actitudes y conductas en las mujeres de nuestra sociedad, que cumplan un rol protector frente a un eventual caso de violencia. Es así que se estructura un taller orientado a fortalecer el conocimiento y la valoración de sí mismas, promover el uso de comunicación efectiva y de estrategias para una convivencia saludable, el uso de herramientas para la resolución de problemas, entre otras.

OBJETIVO GENERAL

Promover actitudes y conductas en las mujeres para fortalecerlas como personas y brindarles recursos que permitan una convivencia familiar y de pareja saludable y sin violencia.

OBJETIVO ESPECIFICOS

1. Promover en la participantes un conocimiento y valoración de sí mismas positivos
2. Promover el uso de una comunicación efectiva en sus vidas
3. Promover el uso de estrategias para una convivencia saludable en el hogar.
4. Promover una visión más equitativa acerca de la manera en que se percibe a las mujeres y los hombres en nuestra sociedad.
5. Promover el uso de estrategias de resolución de problemas.
6. Promover la vivencia de una sexualidad libre y responsable.
7. Promover el reconocimiento de las principales causas y consecuencias de la violencia
8. Promover el conocimiento y valoración de las propias habilidades, recursos y metas personales.

METODOLOGÍA

El Módulo se estructura en 8 talleres de 2 horas cada uno. En cada fecha del taller se trabajará un tema en específico con exposiciones teóricas impartidas por profesionales, acompañadas de dinámicas personales, en pareja o grupales que faciliten el entendimiento y la puesta en práctica de lo explicado durante el taller. Para cada sesión se debe contar con un mínimo de 6 y máximo 30 participantes.

CONTENIDOS

1. Auto concepto y autoestima
2. Habilidades sociales- comunicación y asertividad

3. Convivencia intrafamiliar y de pareja
4. Roles de género
5. Solución de problemas
6. Sexualidad saludable
7. Identificación de conductas violentas
8. Empoderamiento

Recursos

- Lista de asistencia
- Ovillo de lana
- Vendas
- Hojas bond
- Pelota
- Hojas con cuentos
- Masking tape
- Folletos con números de atención en casos de violencia

PLAN DE TRABAJO

CAPACITACION PARA CUIDADORES Y TUTORES DEL CENTRO DE ATENCION. RESIDENCIA (CAR) - INABIF

FUNDAMENTACION

Los albergues o casas de cuidado tienen como objetivo brindar protección y cuidado a los menores a su cargo, y para ello, existen cuidadores y tutores que se encargan de la crianza y formación de estos niños y adolescentes

Dentro de las Directrices de las Naciones Unidas para los casos de niños bajo custodia del Estado, se establece que es necesario dedicarle especial atención a la calidad del cuidado alternativo prestado; especialmente en lo que se refiere a las aptitudes profesionales, la selección, la formación, la supervisión y los roles distintivos de los cuidadores

Debido a ello, será relevante la manera en que el cuidador se comunique y responda a las señales del niño, así como también, cuán disponible se encuentre al momento de ser necesitado por el niño

Cabe resaltar que los cuidadores y tutores, reciben poco entrenamiento y capacitaciones que les permitan cumplir adecuadamente su rol. Asimismo tampoco cuentan con espacios de reflexión acerca de sus labores y necesidades personales, lo cual también repercutiría en su relación con los niños.

La labor de la madres cuidadoras y tutores es sumamente importante dado que en nuestro país existen más de 10 mil niños institucionalizados en Centros de Atención Residencial (CARS) del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF).

OBJETIVO GENERAL

Capacitar a los cuidadores y tutores del C.A.R - INABIF”, potenciando sus recursos psicológicos para mejorar el nivel de funcionamiento, las relaciones interpersonales y dotar de estrategia para manejo del estrés.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar el entrenamiento en habilidades sociales a fin de mejorar las destrezas para que puedan desenvolverse en mejores condiciones en su medio laboral.
2. Desarrollar actividades para mejorar el autoestima de los cuidadores y tutores, fortaleciendo la autoconfianza de sus talentos, y habilidades para un mejor afronte con los niños a su cargo.
3. Sensibilizar a los cuidadores y tutores, con respecto a sus propias necesidades, y fortalecer sus estrategias de autocuidado.
4. Fortalecer sus capacidades de resolución de conflictos, frente a las necesidades y demandas de su labor.
5. Realizar dinámicas que permitan la reflexión y mejoren sus mecanismos de afrontamiento en situaciones estresantes.
6. Fortalecer las capacidades para brindar un cuidado consistente e integral a los niños a su cargo.
7. Brindar un espacio de contención y atención de las necesidades particulares de las participantes.

METODOLOGIA

Se ejecutara talleres dirigidos a los cuidadores y tutores del C.A.R San Miguel Arcángel, los cuales constaran de exposiciones teóricas y dinámicas, formativas y recreativas.

COORDINACIONES

- Coordinación internas
Dirección General
Departamento de Consulta externa y Salud Mental Comunitaria

Departamento de Psicología
Departamento de Trabajo Social

- Coordinaciones externas
C.A.R “San Miguel Arcángel” INABIF
C.A.R “Esperanza” INABIF
C.A.R “Niño Jesús de Praga de Ancón” INABIF

RECURSOS

Recursos humanos: Equipo de Salud Mental

Recursos materiales: Hojas bond, Lapiceros, Papelografos, Plumones, Masking tape, Data, Ecran, Movilidad

Programación

Taller 1: Valores Institucionales

1. Dinámica de presentación: Nombre- adjetivos mediante dinámica de la telaraña
Objetivos- conocer a los participantes, su dinámica grupal y la manera en la que se califican a sí mismos.
2. Dinámica del “Decálogo”: El objetivo concientizar sobre los valores e interiorizarlos.
3. Exposición: Valores Institucionales.
Objetivos- fomentar la exploración y valoración de sus características positivas.
4. Exposición de autoestima.

Taller 2: Habilidades sociales y Autoestima

5. Dinámica nombre- adjetivos, telaraña
Objetivos- conocer a los participantes, su dinámica grupal y la manera en la que se califican a sí mismos.

6. Exposición habilidades sociales

7. Dinámica salvavidas

Objetivos- fomentar la exploración y valoración de sus características positivas.

8. Exposición de autoestima.

Taller 4: Autocuidado

1. Dinámica el espejo

Objetivo- fomentar confianza y la cercanía física, entre las participantes.

2. Dinámica del abrazo

Objetivo- explorar la importancia de la contención y el contacto físico.

3. Exposición de Autocuidado

4. Relajación

Taller 3: Resolución de conflictos

1. Exposición de resolución de conflictos

2. Dinámica el árbol

Objetivo: proveer de una estrategia de resolución de conflictos, mediante el árbol de problemas.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL SERVICIO DE PSICOLOGIA EN SALUD
MENTAL COMUNITARIA

CAMPAÑAS DE SALUD MENTAL

	Participantes	Edades Asistentes	Intervención psicológica	Derivación	TOTAL
CAMPAÑA MAGDALENA 08.03.13	Dr. Mirko Osnayo Ps. Martha Palomino	05-69 años	20	1	21
CAMPAÑA MAGDALENA 14.07.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino T.S. Salomé Cavero Lic. Lourdes Benavides Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephany Orihuela Int. Ps. Yamile Jasauí	13-81 años	13	8	21
CAMPAÑA H.V.L.H 10.10.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino T.S. Salomé Cavero Int. Ps. Claudia Quijano Int. Ps. Annabel Carreras Int. Ps. Lucía Vílchez Int. Ps. Raquel Fernández	17-69 años	32	6	38
CAMPAÑA MAGDALENA1 1.10.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino Ps. Luis Miguel Gonzáles Lic. Rosario Castro Lic. Ana Camarena T.S. Salomé Cavero Int. Ps. Claudia Quijano Int. Ps. Annabel Carreras Int. Ps. Lucía Vílchez Int. Ps. Raquel Fernández	25-73 años	23	5	28
CAMPAÑA CALLAO 13.10.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino Int. Ps. Claudia Quijano Int. Ps. Raquel Fernández	18-65 años	5	2	7
CAMPAÑA VMT 20.10.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino Int. Ps. Claudia Quijano Int. Ps. Raquel Fernández	17-80 años	10	6	16
CAMPAÑA VMT 10.11.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino Int. Ps. Claudia Quijano Int. Ps. Annabel Carreras Int. Ps. Lucía Vílchez Int. Ps. Raquel Fernández	24-86 años	15	1	16
CAMPAÑA MAGDALENA1 7.11.13	Ps. Rossana Horna Ps. Martha Palomino Int. Ps. Claudia Quijano Int. Ps. Annabel Carreras Int. Ps. Lucía Vílchez Int. Ps. Raquel Fernández	10-84 años	8	6	14

CHARLAS EDUCATIVAS

FECHA	TEMAS	PONENTE	ASISTENTES
09.03.13	“Desarrollo psicomotor del niño y el adolescente”	Lic. Ana Camarena. Dpto. de Niños y Adolescentes	21
	“Como cuidar la salud mental”	Med. Res. Mirko Osnayo. Salud Mental Comunitaria	
15.03.13	“¿Por qué se cansa mi niño al escribir?”	Lic. Liliana Valega. Dpto. de Niños y Adolescentes	15
	“Prevención del consumo de drogas y conductas de riesgo”	Med. Res. Carlos Caballero. Salud Mental Comunitaria	
23.03.13	“Déficit de atención y aprendizaje en niños y adolescentes”	Lic. Érika Orellana. Dpto. de Niños y Adolescentes	26
	“Prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo”	Ps. Iván Lizárraga. Dpto. de Conductas Adictivas.	
06.04.13	Deberes y derechos del usuario en salud mental	Obst. Silvia Causto García. Of. Defensoría de la Salud	22
	Uso racional de los medicamentos – <i>Conociendo los medicamentos</i>	Q.F. Rosario Álvarez. Dpto. de Farmacia	
13.04.13	Nutrición saludable para prevenir enfermedades	Lic. Gaby Prada Torres. Dpto. de Nutrición y Dietética	26
	Adicción a la pareja - Dependencia afectiva	Dr. Mirko Osnayo. Of. Salud Mental Comunitaria	
20.04.13	Nutrición para personas con trastorno alimentario	Lic. Carmen Díaz Tejada. Dpto. de Nutrición y Dietética	39
	Relación madre – hijo	Ps. Martha Palomino G. Salud Mental Comunitaria	
27.04.13	Prevención del consumo de drogas en el adolescente	Lic. Gustavo Sipan Valerio. Dpto. de Adicciones	51
	Como alimentar la autoestima	Dra. Carolina Gallegos. Dpto. Consulta Externa de Adultos	
04.05.13	“Nutrición y calidad de vida”	Lic. Carmen Díaz Tejada Dpto. de Nutrición y Dietética	16
	“Uso adecuado de los medicamentos”	Q.F. Rosario Álvarez Dpto. de Farmacia	
11.05.13	“Prevención en conductas suicidas”	Dr. Víctor Carreño Martínez Med. Psiquiatra Pab. 20	27
	“Conductas adictivas: factores de protección y riesgo”	Lic. Elena García Galicia Trab. Social Dpto de Adicciones	
18.05.13	“La tuberculosis en el enfermo mental”	Dr. Walter Espinoza Dpto. de Medicina Complementaria	36
	“Prevención del consumo de drogas en el adolescente”	Lic. Gustavo Sipan Valerio Dpto. de Adicciones	
25.05.13	“Antioxidantes y alimentación del adulto mayor”	Lic. Carmen Díaz Tejada Dpto. de Nutrición y Dietética	27
01.06.13	“Prevención de las caries”	Odont. Marlene Carrasco Dpto. de Medicina Complementaria	15
	“Uso racional de los medicamentos – <i>Conociendo los medicamentos</i> ”	Q.F. Rosario Álvarez Dpto. de Farmacia	
08.06.13	“Conductas adictivas”	Ps. Rossana Horna Salud Mental Comunitaria	30

15.06.13	“Trastornos de personalidad – Límitrofe”	Dr. Víctor Carreño Martínez Med. Psiquiatra Pab. 20	11
	“Conociendo la conducta de nuestros hijos infantes”	Lic. María Elena Bardales Dpto. de Psiq.del niño y adolesc.	
22.06.13	“Importancia de laboratorio clínico en salud mental”	Dr. Abel Pajuelo Dpto. Medicina Complementaria	10
	“Conociendo la conducta de nuestros hijos adolescentes”	Lic. Héctor Chumpitaz Dpto. de Psiq.del niño y adolesc.	
06.07. 13	Dependencia a la pareja	Ps. Martha Palomino Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C.	29
	Soporte social frente a conducta adictiva	T.S Elena García Dpto. de Adicciones	
13.07. 13	Fortaleciendo nuestras habilidades sociales	Ps. Martha Palomino Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C.	17
	Importancia del uso del tiempo libre	Lucía Vera Interna de Psicología Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C.	
20.07. 13	Construyendo un estilo de vida saludable	Stephany Orihuela Interna de Psicología Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C	17
	La familia como soporte en el tratamiento psiquiátrico	T.S Salomé Cavero Dpto. de Cons. Ext. y S.M.C.	
03.08. 13	Familia y enfermedad mental	Med. Psiq. Víctor Rodríguez Dpto. de Consulta Externa	24
	Control de ira	Int. Psic. Yamile Jasauí Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C	
10.08. 13	Apoyo Familiar en el Tratamiento del Paciente Crónico	T.S Salomé Cavero Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C	20
	Enfermedades de la Piel por Hongos	Med. Derm. Álvaro Velásquez Dpto. de Apoyo Méd.Complem.	
17.08. 13	Uso de medicamentos en el botiquín de casa	QF.Roger Rodríguez Dpto. de Farmacia	22
	Soporte familiar y manejo en el proceso de tratamiento psiquiátrico.	T.S Salomé Cavero Dpto. de Cons. Ext. y S. M. C	
24.08.13	Previendo los Dolores de Cabeza – Migrañas	Neurólogo Carlos Miranda Dpto. de Apoyo Médico Complementario	22
	Loncheras y Menús Saludables	Lic. Carmen Díaz Dpto. de Nutrición y Dietética	
07.09. 13	Cómo proceder en la alteración de la dinámica familiar ante una enfermedad crónica	Psiquiatría Forense Med. Víctor Rodríguez.	21
	Alimentando mi autoestima	Ps. Rossana Horna Salud Mental Comunitaria	
14.09. 13	Etapas de la relación y problemas frecuentes en la pareja	Med. María Elena Vivanco Dpto. de Consulta Externa	21
	Manejo y cuidado de enfermería de pacientes con trastorno mental	Lic. Lourdes Benavides Salud Mental Comunitaria	
21.09. 13	Cómo manejar la ansiedad	Ps. Martha Palomino Salud Mental Comunitaria	43
	Efectos adversos de los medicamentos	Q.F. Roger Rodríguez Dpto. de Farmacia	
28.09. 13	Apoyo en la carga familiar de pacientes esquizofrénicos en tratamiento	Lic. Juana Morales Dpto. de Hospitalización	16

05.10.13	Importancia de la Salud Mental en la vida diaria	Ps. Martha Palomino Salud Mental Comunitaria	12
	¿Cómo tener una vida saludable?	Int.Ps. Claudia Quijano y Raquel Fernández Salud Mental Comunitaria	
19.10.13	Uso efectivo de las habilidades sociales en nuestra vida cotidiana	Ps. Rossana Horna Salud Mental Comunitaria	18
	Afrontamiento y manejo de estrés	Lic. Gustavo Sipan Dpto. de Adicciones	
26.10.13	Violencia familiar y consumo de alcohol y drogas	T.S. Elena García Dpto de Adicciones	22
	Mejorando nuestros hábitos alimentarios	Lic. Carmen Díaz Tejada Dpto. de Nutrición y Dietética	
09.11.13	Aprendiendo a decir no a la violencia	Int. Ps. Raquel Fernández Salud mental Comunitaria	17
	Previniendo adicciones a los videojuegos e internet	Lic. Gustavo Sipan Dpto. de Adicciones	
16.11.13	Efectos de la violencia psicológica en nuestra autoestima	Int. Ps. Claudia Quijano Salud mental Comunitaria	25
	Técnicas psicológicas para manejar la ansiedad	Ps. Martha Palomino Salud mental Comunitaria	

GRUPOS DE AUTOAYUDA

FECHA	TEMAS	PONENTE	ASISTENTES
31.01.13	Manejo de la ansiedad	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna	25
14.02.13	Autoestima	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salome Cavero	34
21.03.13	Dependencia Afectiva	Med.Res.III Carlos Caballero Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salome Cavero Int. Psic. Lucia Vera O. Int. Psic. Stephany Orihuela	12
18.04.13	Técnica de manejo de miedos irracionales	Med.Res.III Misko Osnayo Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Lucia Vera O. Int. Psic. Stephany Orihuela	10
23.05.13	El Perdón	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Lucia Vera O. Int. Psic. Stephany Orihuela	13
13.06.13	Sanando mis heridas	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Lucia Vera O. Int. Psic. Stephany Orihuela Int. Psic. Jamile Jasai	14

18.07.13	Comunicación efectiva y afectiva	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Lucia Vera O. Int. Psic. Stephany Orihuela Int. Psic. Jamile Jasai	14
12.09.13	Codependencia y Autosabotaje	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Lucia Vera Int. Psic. Stephany Orihuela Int. Psic. Yamile Jasai Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández	20
21.11.13	Rediseñando nuestra vida	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	10
12.12.13	Autocuidado	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez Int. Psic. Marcia Galindo	14

ASOCIACIÓN DE EMPRENDEDORES ESPECIALES “ADRIANA REBAZA FLORES” – Callao

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asistentes
MAYO 30.05.13	Autoestima	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela Int. Ps. Yamile Jasai	11
SETIEMBRE 19.09.13	Solución de problemas de la vida diaria	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela Int. Ps. Yamile Jasai	10

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD

CAPACITACION INTRAHOSPITALARIA- CAPACITACIÓN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asistentes
MAYO 09.05.13	Clima Organizacional	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Ps. Lucía Vera y Stephanie Orihuela	62

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA -CAPACITACIÓN PERSONAL DE SALUD

Fecha	Temas	Organizadores	N° de asistentes
27.11.13	1. El Proceso de la Violencia. 2. Indicadores para la detección de la violencia.	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	123
28.11.13	Abordaje multidisciplinario en casos de violencia	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	136
29.11.13	1. Flujograma de atención en consulta externa. 2. La relación de la violencia con los problemas de salud mental	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	104

CAPACITACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

HOSPITAL SANTA ROSA - CAPACITACIÓN PERSONAL DE SALUD

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
05.03.13	Violencia basada en género	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna	30

MICRORED PACHACAMAC - TRABAJADORES DE SALUD

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
10.05.13	1. Liderazgo. 2. Manejo del estrés.	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Dr. Mirko Osnayo Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela	66

PERSONAL DE DEFENSORIA Y TRASPARENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
16.07.13	1. Salud Mental. 2. Manejo del estrés laboral. 3. Comunicación Asertiva.	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela Int. Ps. Yamile Jasauí	15

DIRESA Lima - Red Chilca - Mala

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
20.11.13	Violencia basada en género	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	34

HOSPITAL SAN JOSÉ - CAPACITACIÓN PERSONAL DE SALUD

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
22.11.13	Violencia basada en género	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	49

CAPACITACIÓN A OTRAS INSTITUCIONES

CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (CAR) NIÑO JESÚS DE PRAGA _ ANCON

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
05.04.13	1. Retraso Mental y trastorno orgánico cerebral. 2. Repertorio de Conductas Básicas. 3. Coordinación Motora. 4. Habilidades Sociales.	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Enf. Lourdes Benavides Dr. Mirko Osnayo Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela	5

JUNTA VECINAL DE JESÚS MARÍA

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
08.05.13	Resolución de conflictos	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela	15

PROMOTORAS VASO DE LECHE - MAGDALENA

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
22.05.13	Sensibilización sobre temas de salud mental	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Ps. Lucía Vera Int. Ps. Stephanie Orihuela	15

CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (CAR) SAN MIGUEL DE ARCANGEL

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
24.10.13	1. Habilidades Sociales. 2. Autoestima	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	25
21.11.13	Autocuidado	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	15

TALLER VIDEO – FORUM: LIDERES COMUNALES DEL DISTRITO DE MAGDALENA - “VIVIENDO SANA - MENTE SIN VIOLENCIA”

Fecha	Temas	Ponentes	N° de asist.
25.11.13	Violencia basada en género	Ps. Martha Palomino Ps. Rossana Horna T.S. Salomé Cavero Int. Psic. Claudia Quijano Int. Psic. Raquel Fernández Int. Psic. Annabel Carrera Int. Psic. Lucía Vilchez	46

CASO CLINICO

II. CASO CLINICO

2.1 Anamnesis

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Alicia. R. M.
Sexo : Femenino
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 25 de marzo de 1979
Lugar de nacimiento : Lima
Lugar de residencia : La Victoria - Lima
Grado de Instrucción : Superior Completa
Ocupación : Administradora
Estado Civil : Casada
N^a de Hijos : Ninguno
Religión : Católica
Informante : La paciente
Evaluado por : Ps. Martha Elizabeth Palomino Gómez

II. ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente se presenta en la consulta por problemas conyugales, señala que se encuentra separada de su esposo desde hace 2 meses pero que el continúa visitándola a la casa, siendo frecuente durante las primeras semanas, luego distanciándose; ello le genera preocupación, incrementándose la angustia cada vez más, tornándose según expresa “insoportable”, por lo que le sugiere asistir a un especialista en terapia de pareja, al que se niega el esposo. A partir de este hecho se generan discusiones tanto en sus encuentros como por teléfono.

Por otro lado manifiesta que sus problemas conyugales se inicia a fines del 2011 aproximadamente, fecha en empieza a intervenir el papá de su esposo respecto a la relación que llevaban, ocurría cada vez que iba a la casa de su suegro, hacía comentarios “que no cuidaba bien a su hijo”, “no cocinaba, no

lavaba, no estaba en casa, siempre se encontraba trabajando o estudiando” “que solo se preocupaba por ella”, “que había estudiado Maestría y mi hijo no”, al respecto refiere que no le daba mucha importancia a esos comentarios pero que después empezó a molestarla y su esposo le pedía que los ignore y decidieron dejar de ir a visitar al suegro. Sin embargo, después de un tiempo el suegro llamaba a su hijo y este iba a visitarlo solo, inicialmente esas visitas eran esporádicas pero después se hicieron más frecuentes y la conducta del esposo fue cambiando. La paciente manifiesta “regresaba con ideas extrañas, mi suegro cree mucho en esoterismo y brujería, mi esposo llegaba con fotos de imágenes en el bolsillo y otras cosas, él no es muy católico”, “yo lo rompía, él decía que su papá le daba” agrega “nunca he creído en esas cosas, después que nos casamos, observé que mi esposo usaba la trusa volteada, al preguntarle me respondía que su papá le aconsejaba hacerlo así para no ser “saco largo”, también llevaba una imagen en el bolsillo, hice que perdiera esas costumbres, pero después que nos separamos nuevamente volvió con esos hábitos”.

La paciente expresa que observaba que la conducta del esposo cambiaba cada vez más, “se quejaba demasiado” “respecto a su empresa decía que estaba mal económicamente, que podría quebrar, que no tenía dinero” “que a ella le iba muy bien en su empresa, que era la que manejaba más dinero, que tal vez tendría que mantenerlo”. Cada vez que llamaban a Alicia, sus clientes o para contratarla en una Universidad como docente, él hacía comentarios como “tú estudiaste maestría, te llaman para trabajar”, “te buscan tus clientes, te haces la importante”, “él se menospreciaba y se comparaba conmigo, antes no era así, al contrario me alentaba en todo lo que hacía” “intenté en muchas ocasiones para que él estudiara la maestría y no aceptaba, argumentaba que no tenía tiempo, que las empresas, etc.” “se mostraba cada vez más indiferente, exigía que le prepare la comida y no la empleada, se enojaba con facilidad, discutían con frecuencia.

En Junio de 2013 por iniciativa de Juan deciden separarse. Se va a vivir a la casa de sus tías (solteras ambas) quienes lo criaron. Se llevó algunas prendas de vestir, deja a ella la casa, muebles y carro. El esposo le expresa que siempre estará visitándola y que continuará cubriendo los gastos de la casa.

En las visitas, comenta la paciente, que habían fechas que él llegaba con un ánimo adecuado, en otras llegaba con deseos de discutir, entonces era ella la que iniciaba la discusión “me molestaba su actitud”, Si lo observaba con buen ánimo “pensaba está feliz y yo acá sintiéndome sola e infeliz, entonces empezaba a reclamarle, le decía cosas para que se enoje y empezábamos a discutir”, “si llegaba de mal humor era peor”. Cuenta que cada vez era raro que estuvieran sin discutir “cuando se iba me sentía enojada conmigo misma y me ponía a llorar” “me dolía su comportamiento”, al despertar en las noches pensaba “porque se ha ido, porque ha hecho eso” “no le importo” “me desagradaba verlo, me sentía enojada”.

El motivo principal que genera acudir a consulta es que la situación con su conyugue genera en Alicia sintomatología correspondiente a cuadros ansiosos depresivos referidos a preocupaciones constantes sobre condición de separación y sentimiento de abandono.

La paciente refiere experimentar la siguiente sintomatología: Labilidad emocional (llanto constante) incrementándose los fines de semana y en las noches al llegar a casa, Intranquilidad, angustia, cefalea, insomnio, tristeza, desanimo, preocupaciones constantes, disminución en las actividades laborales y del hogar, disminuyo su capacidad de atención y concentración, dificultada para tomar decisiones.

Episodios previos

- A los 14 años asiste con la psicóloga del colegio para una orientación vocacional.

- A los 15 la directora del colegio recomienda a su mamá par5a que lleve a su hija al psicólogo por presentar problemas de conductas, sin embargo la madre no la lleva. Nunca asistió a un psiquiatra.
- Respecto a otros tratamientos a los 19 años es operada de mastitis, a los 24 años vuelven a operarla, motivo por el cual continuó asistiendo al médico con regularidad, mantenía tratamiento farmacológico, hasta que la aconsejan tratarse con medicina vegetariana. A los 26 años padece de una otitis y es tratada de esta molestia.
- Opinión de la paciente sobre sus problemas actuales. Atribuciones: La paciente refiere “ Pienso que, esta situación por la que atravieso no es lo peor, pero lo que me irrita es que me afecte” “he tenido que enfrentar problemas más grandes, y las he resuelto, pero me fastidia que esto no pueda hacerlo” “sobre todo en mis negocios se me presenta situaciones difíciles y tengo que lidiar con gente complicada y lo hago con bastante tranquilidad en ese momento aunque después de que pasa la tormenta me siento agotada pero esto no puedo superarlo” “los amigos siempre me preguntan por mi esposo me siento fastidiada, hay mucha gente que nos conoce, me molesta no poder controlarlo”.

III. HISTORIA PERSONAL

Desarrollo Inicial

Cuando nace Alicia el papá contaba con 35 años y la mamá con 41 años. Refiere que el embarazo no fue planificado. La mamá tuvo disgustos por problemas familiares. Refiere Alicia que durante el embarazo los padres de su mama no se encontraban de acuerdo con esa relación por lo que tuvo ir a vivir con sus suegros donde también había problemas frecuentes.

Mejora la situación cuando la pareja deciden vivir en Lima y nace Alicia. Respecto a la salud física de la madre durante este embarazo no hubo complicaciones. Nació a los 9 meses de gestación, con atención médica mediante cesárea, con peso y talla promedio, y mantuvo lactancia mixta.

Desarrollo psicomotor

La paciente camina al 1 años 2 meses, por ese periodo aproximadamente empieza a habla. Respecto al control de esfínteres lo hizo a los 3 años (le ha referido la madre).

Conductas inadecuadas de la infancia

Refiere que “la consideraban como una niña llorona”, no sufrió de fobias, temores, ni tartamudez, hacia rabietas que no eran muy frecuentes, tenía unos padres complaciente y sus pataletas era cuando quería algo y no era complacida.

Actitudes de la familia frente al niño. Estilo de crianza.

Alicia refiere que “sus padres eran poco afectuosos”, no jugaban con sus hijos, pero se mantenían pendientes en cubrir sus necesidades materiales, brindando a las 2 hijas todo lo que pedían. Los cataloga como “padres complacientes”, sobre todo la mamá.

Educación

Educación Escolar:

Ingresó a los 5 años al Jardín, se adaptó con facilidad, no lloró, recuerda que fue “agradable asistir”, tuvo muchos amigos, “me gustaba que hicieran lo que yo quería, en caso contrario peleábamos”.

A los 6 años asistió a transición en un colegio de Monjas, allí concluye la primaria y secundaria. En primaria se destacaba académicamente y en conducta, refiere que era una de las mejores de su aula. En secundaria obtenía buenas calificaciones pero no estaba entre las mejores, por presentar problemas de conducta. “A los 13 años empecé a rebelarme contra las monjas, eran muy estrictas y quería que me cambien de colegio y mi mamá no quería hacerlo” “mis amigas eran las más revoltosas, nos llevábamos muy bien”, “Me comportaba mal, era desobediente en el colegio” “Las monjas se oponían a que tengamos enamorados y yo tuve a esa edad, solo para que las monjas se fastidien” “éramos muy amigos de los chicos del colegio Hipólito Unanue, eso no les gustaba a las monjas, que nos fueran a recoger” “también

exigían que asistiéramos al catecismo, y nunca asistí”. “Mi rendimiento era bueno pero mi conducta mala bajaba mis calificaciones”. “La Monja Directora mandó llamar a mi mamá y le recomendó que me llevara donde un psicólogo para que me tratara, pero mi mamá nunca lo hizo”. La hermana de Alicia también estudiaba en el mismo colegio pero tenía mejor comportamiento. A los 16 años concluye la secundaria, mostraba preferencia por las matemáticas y sus calificaciones eran altas en general.

Otros estudios realizados:

Cuando cursaba la secundaria estudia mecanografía en una academia. Luego al concluir la secundaria estudio inglés en un Instituto. Después se prepara e ingresa a la Universidad a Economía. Al estar en la universidad estudia computación.

Posteriormente trabajando en una empresa de exportaciones viaja a Holanda para hacer un Post Grado sobre “Promoción en Comercio exterior”.

Estando casada estudia la Maestría en su especialidad a sugerencia de su esposo, el que concluye.

Historia de Trabajo

A los 15 años empieza a trabajar como secretaria por 2 meses en un estudio jurídico, se retira por que inicia las clases de colegio.

En 1991 después de concluir sus estudios de Administración trabaja en una Municipalidad por un año en el área de presupuesto, refiere que se retira por aburrimiento, expresa “mi jefe mandaba demasiado, quería que infle algunos presupuestos y no quería hacerlo”.

De 2003 a 2004 trabaja como administradora en una Institución Superior, luego la nominan como docente para posteriormente hacerse accionista. Gana una beca de estudio en Holanda, el que lo realiza por un año. A su retorno continúa trabajando en la misma Institución pero decide renunciar al accionariado, debido a que no se encuentra de acuerdo con la forma como se

estaba administrando, aceptan su renuncia y continúa contratada para dictar clases.

Trabaja por 2 años en SENATI como docente. Hace asesoría en Pines en forma particular durante muchos años.

Después de la maestría es contratada para hacer docencia en la dos universidades estatales. Al que se dedica hasta la actualidad.

Forma una Empresa de exportación en artesanía, cuenta con una socia, tiene contactos en países de Europa y Estados Unidos.

Información sobre el sexo

La usuaria refiere que sus padres nunca le hablaron de sexo, eran muy conservadores. Es la mamá quién le habla sobre la menstruación, pero nada más. En el colegio las monjas mostraban una actitud muy crítica sobre el sexo, les inculcaban temor y culpa. Eran castigadas si las encontraban acompañadas de un chico

Ella aprende sobre sexo a los 14 años con las amigas, quienes llevaban revistas y hablaban sobre los chicos.

Historia Sexual

Inicia a sentir mayor curiosidad por el sexo a los 14 años, es a esta edad que tiene su primer enamorado, refiere que “lo acepta porque deseaba fastidiar a las monjas” duró 4 meses y fue influenciada por las amigas, lo consideraba como un juego.

La paciente refiere que después de ingresar a la Universidad conoce a su segundo enamorado, era 5 años mayor que ella “Con el peleábamos constantemente, no teníamos las mismas ideas” “siempre me buscaba para reconciliarnos, hasta que me cansé y decidí poner fin”. En esa época conocí a mi esposo solo compañeros de estudio.

Con tercer enamorado mantuvo una relación de 2 años y medio, sobre ello refiere “me agradaba porque era alegre y divertido”, “quería casarse conmigo

y yo no quería” “desea continuar estudiando y no deseaba tener hijos” “terminamos porque me presionaba para casarnos”.

El 4to. Enamorado fue su esposo, lo considera como una persona afectuosa, muy pendiente de ella, tolerante “Me gustaba porque no se molestaba, a pesar de que yo sí” “Era deportista en la Universidad, perteneció al equipo de fútbol, por eso tenía un cuerpo espectacular, me atraía” “Lo acepté a pesar de que no teníamos cosas en común”. Se interrumpe la relación cuando viaja a Holanda. Allí conoce a un egipcio que era una persona mayor “lo veía como mi padre” esta relación dura muy poco (2 meses). Después conoce a un Alemán dice que “buscaba casarse a una mujer latina” “necesitaba a una mujer que fuera ama de casa y que dependiera de él” no le agradaba sus demandas y concluye la relación.

A su retorno a Lima su esposo es quien la busca, a pesar que durante su permanencia en Holanda solo se comunicaron 3 veces por ello ella considero por concluida la relación. Pero ante la insistencia del esposo acepta continuar. Luego fijan su matrimonio a insistencia de él para una fecha el que llega a postergarse porque el novio se enferma de apendicitis y requiere operación. Llegan a casarse tres meses después.

A los 12 años es su menarquía, para el que estuvo preparada. Refiere que su menstruación es algo doloroso, lo que la perturba.

A los 20 años se inicia sexualmente, fue deseado y refiere no haberse sentido culpable. Ha mantenido relaciones sexuales con diversos enamorados, los cataloga como satisfactorio y con consentimiento.

Educación y actitudes religiosas

Los padres de la usuaria son católicos, el padre no asiste a misa y la madre no lo hace con regularidad. Ella estudia en un colegio de Monjas al que durante su adolescencia se revela. No estaba de acuerdo con las normas del colegio, por ello decide no asistir al catecismo hasta que concluye el colegio. El tipo de educación impartida era rígida.

Relaciones interpersonales

Se caracterizaba por tener amigos. Estando en primaria contaba solo con amigas, a las que trataba de liderar, imponía las reglas si no la cumplían se enojaba con ellas.

En la secundaria tenía amigos de ambos sexos con quienes se llevaba bien. Se considera sociable, asistía a fiestas donde se divertía. Sus amigas del Colegio eran las más inquietas del aula, mostraban problemas de conducta, salían de las reglas que imponían las Monjas. Alicia refiere que si no fue expulsada era por que obtenía buenas calificaciones y se cuidaba de no ser sorprendida.

En la Universidad mantenía buenas relaciones interpersonales, no tuvo problemas con profesores y su conducta mejoró en relación al colegio. Tuvo muchos amigos con quienes se relacionaba bien. Se cataloga como sociable y comunicativa.

En el trabajo no le agrada como jefe imponía su autoridad por ello renuncia pero con sus compañeros de trabajo se relacionaba bien.

Historia Marital

Cónyuge: de 35 años, natural de Lima, con ocupación Economista y Administrador, trabaja en sus empresas Imprenta y confección de prendas de vestir.

La usuaria conoce a su esposo en la Universidad, después de 3 años de amistad de hacen enamorados. Recuerda que no se mostraba muy emocionada pero que sentía atracción por su esposo, que le gustaba su figura (era deportista), además, era apreciado y valorado por amigos, dice “no teníamos muchas cosas en común pero siempre lo veía pendiente de mí y me prestaba mucha atención”.

Se interrumpe la relación por el viaje a Holanda, pero a su retorno continúan la relación. Se hacen novios a insistencia de él. Dura 5 años el noviazgo, periodo en él era muy complaciente. Refiere que no tenían muchas cosas en común pero que no se llevaban mal.

Se casan después de haber postergado 1 años 2 meses, porque operan de apendicitis a su esposo. Manifiesta Alicia que hubiera preferido un matrimonio sencillo pero su familia y su esposo insistieron hacerlo con más ostentación. Recuerda que no se mostraba muy entusiasmada.

Al inicio del matrimonio la usuaria se dedica a la casa íntegramente después de dos meses se cansa y decide regresar a trabajar. Manteniendo un horario flexible que permitía regresar temprano a su casa, pero su esposo llegaba muy tarde a casa y ella dice “me aburría”, por ello a sugerencia del esposo hace la maestría, apoyándola durante este proceso hasta concluirlo y Alicia apertura su empresa de exportaciones de artesanía.

Pero la actitud de su esposo cambia, empieza a reclamarle por los logros que iba obteniendo y minimizándose el. A inicios no le dio importancia pero luego fue perturbándola, discutiendo con frecuencia.

En el aspecto sexual se llevaban muy bien, hasta que su esposo cambia de actitud por lo que ella empieza a rechazarlo. Y en marzo de 2013 el esposo decide ir a vivir a casa de sus tías que la criaron. Ella acepta por que las discusiones eran frecuentes “Me molestaba verlo, no desea ni que se me acerque”. “Al inicio iba a casa a visitarme con regularidad, estaba pendiente del pago de agua, luz, teléfono, etc., pero está cada vez fue esparciéndose” “Me molestaba y le gritaba, terminábamos discutiendo”.

Hijos: No tienen hijos. La usuaria estuvo cuidándose con anticonceptivos pero desde hace 3 años no lo hace pero tampoco ha asistido al médico para hacerse los exámenes. Ambos no se preocupan por tener aun hijos.

HISTORIA FAMILIAR

Alicia proviene de una familia de condición económica promedio bajo, de nacionalidad peruana, raza afro-mestiza. Nació en la ciudad de Lima el 15 de marzo de 1979

Su padre de 65 años, natural de Piura, con grado de Instrucción primaria, ocupación chofer, su estado de salud no es muy buena sufre de los riñones. Entre los hábitos negativos que desagradaba a Alicia era “mujeriego”

“Engañaba a mi madre con otra” Estuvo separado por 5 años de su esposa “tiene 2 hijas en otra mujer”. Cataloga a su padre en el pasado como “irresponsable”, pero que ahora mejoró su comportamiento, agrega que siempre la ha dejado hacer lo que quería.

Su madre de 76 años, natural de Piura, con grado de instrucción primaria, de ocupación ama de casa, su salud es regular “sufre de tumores benignos en el útero, entre sus hábitos negativos lo considera “que es una engreída” refiriéndose a que es susceptible. La describe como una mamá protectora, en el pasado con poco carácter para controlarla y que ahora se preocupa bastante por ella.

Su hermana de 32 años, soltera, con ocupación diseñadora publicitaria, trabaja actualmente en una empresa. Ella es amigable, alegre, en ocasiones tiene más de una pareja. Refiere que en la actualidad ha mejorado sus relaciones.

Describe a su familia en el pasado como que discutían frecuentemente sus padres pero que ahora se llevan bien, no discuten.

Antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos de la familia

El hermano de la madre actualmente se encuentra en tratamiento psiquiátrico, debido a que sufrió un accidente de tránsito hace 15 años aproximadamente del cual no quedó normal “quedó como loquito, está mal de los nervios” “habla tonterías” “se pone nervioso”. Era periodista y después del accidente dejó de trabajar.

También refiere que la hermana de su mamá (menor) estuvo en tratamiento psiquiátrico por depresión (1986), ella trabajaba como auxiliar de contabilidad, recuerda que no deseaba salir a la calle, dejó de trabajar, no hablaba, desconoce las causas que lo originaron, pero sí que el tratamiento duro de 3 a 4 años, mejoró y en la actualidad refiere que no manifiesta ningún problema. Está casada y tiene familia, no muestra tener problemas.

Otras personas integradas al grupo familiar.

La paciente cuenta con una casa propia en la que vivía con su esposo, actualmente está sola, ocasionalmente va a visitarla sus padres y hermana. Respecto a su suegro dice que muy pocas veces fue a su casa, sus relaciones no eran buenas.

EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO

Descripción física

Paciente que no aparenta estar perturbada emocionalmente, acorde con su edad, mide 1.61 mts., pesa 68 kilos, muestra tendencia a la obesidad, sin estigmas físicos evidentes. Es de tez morena con tendencia a la raza negra, cara redonda algo grande, cabello negro y ensortijado, ojos negros y grandes, nariz mediana, algo ancha, boca chica, labios no muy gruesos.

Asiste a las sesiones vestida de modo formal, cuidadosa con su higiene y arreglo personal, utiliza poco maquillaje, su cabello generalmente lo mantiene recogido, las joyas que utiliza son discretas generalmente usa collar y aretes, solo en una ocasión se le observa con joyas más llamativas de lo usual adecuadamente combinadas.

Entre los aspectos no verbales se observa que su expresión verbal no es acorde la no verbal, tiende a manifestar poco sus emociones, aún cuando refiera tristeza, tiende a inhibirlo. El volumen de voz es adecuado, lenguaje claro y fluido, y se muestra comunicativa. En las primeras sesiones su expresión denota cierta tristeza, pero trata de controlarlo, luego en sesiones posteriores mejora expresión y ánimo.

Durante las primeras entrevistas se le observa el rostro algo decaído, levemente descuidada en su arreglo personal pero que luego mejora este aspecto.

Conciencia y niveles de alerta:

La paciente se muestra despierta, lúcida en todas las sesiones que le permitió atender el desarrollo de la evaluación psicológica y entrevista y se muestra orientada en tiempo, espacio y persona.

Actitud frente a la evaluación:

La paciente denota una actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptiva a las preguntas formuladas y con disposición para brindar amplia y detallada información respecto a diversos aspectos de su historia personal; así mismo, es plenamente consciente de la dificultad que presenta en la actualidad y de las consecuencias que de ello devienen.

Motricidad, praxias y lateralidad

La paciente evidencia una capacidad motora promedio y correspondiente a las actividades que realiza. Su andar es ligero y sus movimientos por lo general corresponden a un nivel de actividad promedio; sin embargo, en algunas ocasiones se muestra ligeramente intranquila a la espera de la consulta, evidenciándolo con movimiento rápidos en su desplazamiento y en los movimientos que acompañan su discurso.

Presenta lateralidad derecha. No se evidencian dificultades en cuanto a apraxias simples, complejas o de lateralidad, desde la observación directa

Atención y concentración:

La paciente presenta reacciones acordes con la realidad que la rodea, evidenciando un adecuado sentido de atención y concentración para con la entrevista; sin embargo, refiere que en ocasiones (sobre todo en estas últimas semanas le resulta difícil poder concentrarse en una actividad determinada, estos episodios de distraibilidad son intermitentes y según refiere especialmente se evidencian cuando se encuentra preocupada con respecto a su familia o sus negocios.

Procesos perceptuales:

A la observación, la paciente evidencia un estado normal de sus procesos perceptivos en las diferentes modalidades: sensibilidad somática, olfativa, gustativa, visual, auditiva y táctil.

Pensamiento:

A lo largo del desarrollo de las sesiones, se denota que la paciente presenta un curso del pensamiento normal, que responde a las demandas estímulares que se le presentan; así también se muestra a un nivel abstracto que le permite sacar conclusiones con respecto a lo desarrollado en las sesiones.

Cabe mencionar la presencia de pensamientos recurrentes o ideas fijas con respecto a que algo malo pueda sucederle a ella o a sus hijos (robos, secuestros, desastres naturales, etc.), reconoce que estos pensamientos le generan ansiedad y malestar pero señala que es algo “que no puede evitar”.

Por otro lado, en lo que corresponde al contenido del pensamiento, en algunas situaciones éste se caracteriza por presentar ideas que desvalorizan su vida, pesimistas, y que hacen referencia a los episodios depresivos que experimenta; sin embargo, en otras sesiones muestra una tendencia a sobrevalorar sus posibilidades para hacer frente a los problemas, señalando que tiene el control de las situaciones y que es capaz de hacerse cargo de todas las dificultades.

Lenguaje:

Durante las entrevistas, la paciente mantiene un lenguaje claro y fluido, considerándose en ocasiones verborreica. A lo largo de su discurso no se perciben muchos cambios en la inflexión de voz. Cabe de resaltar que su narración es bastante expresiva, detalla con facilidad ciertas situaciones. Evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje.

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

Funciones Cognoscitivas:

Alicia impresiona una capacidad intelectual promedio. Se evidencia normalidad en el desarrollo del razonamiento lógico abstracto que le permite llegar a algunas deducciones y auto-reflexiones con respecto a algunos eventos de su historia personal.

Por otro lado, la paciente evidencia un estado de memoria promedio y acorde a las demandas del medio tras la observación; sin embargo, manifiesta que en ocasiones, cuando se encuentra preocupada (y producto de una disminución de su capacidad para concentrarse) puede evidenciar algunos olvidos, pero no afectan en gran medida su funcionalidad en la rutina diaria.

Afectividad y estado de ánimo predominante:

La paciente evidencia manifestaciones de ansiedad e intranquilidad en la mayoría de las sesiones, muestra una conducta relativamente agitada cuando habla de temas que le generan preocupación. En otras ocasiones manifiesta un estado de ánimo disminuido, de congoja y de tristeza; sin embargo, las primeras manifestaciones son las que se muestran con mayor frecuencia.

Se observa cierta variabilidad en su estado de ánimo entre sesión y sesión lo cual se hace evidente a través de su comunicación no verbal (gestos faciales, movimientos de las manos rápidos o lentos, por debajo de la mesa, etc.)

2.2. Informe Psicológico

INFORME PSICOLOGICO

DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Alicia R. M.
Sexo : Femenino
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 25 de marzo de 1979
Lugar de nacimiento : Lima
Lugar de residencia : La Victoria - Lima
Grado de Instrucción : Superior Completa
Ocupación : Administradora
Estado Civil : Casada
Nª de Hijos : Ninguno
Religión : Católica
Informante : La paciente

MOTIVO DE CONSULTA: Evaluación y Psicoterapia para mejorar estado emocional y recursos psicológicos para un mejor afrontamiento de situaciones difíciles.

Evaluado por Psicóloga : Martha Elizabeth Palomino Gómez

TECNICAS Y PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS:

Entrevista y Observación de Conducta, Pruebas Psicológicas aplicadas: DFH, Persona bajo la lluvia, Inventario de Millon, ICE BarOn, Escala Zung: Ansiedad y Depresión.

Fecha de evaluación : 07/05/13, 14/05/13 y 28/05/13

Fecha de Informe : 30 de Mayo de 2013

RESULTADO

La paciente asiste a consulta debido a que presenta irritabilidad, insomnio, cefaleas, intranquilidad, angustia, tensión y preocupación. Expresa intranquilidad por situación conyugal con quien acaba de concluir relación.

En el área intelectual obtiene un C.I. Total de 109 correspondiéndole la categoría diagnóstica de Promedio, el CI Potencial es 120 categoría superior, el nivel de eficiencia indica que la paciente no se encuentra haciendo uso de todos sus recursos intelectuales. La variabilidad intertest muestra desajuste emocional. El CI verbal es 111 que corresponde a la categoría Normal Brillante. CI Manipulativo 106 corresponde a Promedio.

El nivel de información se encuentra muy conservada, el bagaje cultural e interés por el medio circundante indica que se encuentra expectante de su entorno. El juicio social y sentido común le permite capacidad para afrontar situaciones cotidianas utilizando experiencias pasadas en situaciones actuales sin embargo en situaciones de estrés puede disminuir. El pensamiento elaborar conceptos de modo abstracto. La capacidad de atención y concentración se encuentran disminuidas, existe interferencia emocional.

Respecto a la habilidad perceptual, espacial y organización visual se encuentran disminuidas.

Con respecto a su personalidad destaca un estilo narcisista con rasgo obsesivo. Se percibe a sí misma como superior a los demás, por ello no acepta ayuda, sin embargo, percibe situaciones en las que no puede resolver sola, generándole angustia, al que responde en forma hostil y ansiosa. Busca personas para satisfacer sus necesidades, su autoestima se encuentra sobrevalorada, muestra aparente seguridad a fin de mostrar sus deficiencias psicológicas. En situaciones de estrés su conducta es paranoide, mantiene actitud de alerta y tiende a mostrarse manipuladora, pierde el control con facilidad. Psicosexualmente se encuentra identificada con su rol, percibe a la figura femenina como de mayor estabilidad en el medio.

En inventario de Inteligencia emocional obtiene capacidad desarrollada en área Intrapersonal y Adaptabilidad mientras que en interpersonal requiere fortalecerse la empatía y relaciones interpersonales; así como, control de impulsos y felicidad.

En escala de depresión obtiene un nivel moderado y en ansiedad un nivel leve.

Conclusiones

- Posee Capacidad Intelectual total 109 (Promedio), CI Potencial 120 (Superior), CI verbal 111 (Promedio Brillante). CI Ejecutivo 106 (Promedio).
- Personalidad: Narcisista con rasgos obsesivos. Frente a la frustración responde hostil y ansiosa
- Escala de depresión moderado y ansiedad leve
- Capacidad Emocional inestable

DIAGNOSTICO.

CIE 10: F32.0

RECOMENDACIONES

- Terapia Individual Cognitiva Conductual
- Terapia de Grupo: Autoestima y asertividad, Habilidades sociales y psicorelajacion.

.....
MARTHA ELIZABETH PALOMINO GOMEZ

C.Ps,P, 3070

2.3 PLAN DE TRATAMIENTO:

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Alicia R. M.

Sexo : Femenino

Edad : 35 años

Fecha de nacimiento : 25 de marzo de 1979

Lugar de nacimiento : Lima

Lugar de residencia : La Victoria - Lima

Grado de Instrucción : Superior Completa

Ocupación : Administradora

Estado Civil : Casada

II. OBSERVACION GENERAL

Paciente que aparenta su edad, mide 1.61 mts., pesa 68 kilos, muestra tendencia a la obesidad, sin estigmas físicos evidentes. Es de tez morena con tendencia a la raza negra, cara redonda algo grande, cabello negro y ensortijado, ojos negros y grandes, nariz mediana, algo ancha, boca chica, labios no muy gruesos.

Asiste a las sesiones vestida de modo formal, cuidadosa con su higiene y arreglo personal, utiliza poco maquillaje, su cabello generalmente lo mantiene recogido, las joyas que utiliza son discretas generalmente usa collar y aretes, solo en una ocasión se le observa con joyas más llamativas de lo usual adecuadamente combinadas.

A inicio de sesiones se aprecia incongruencia entre los aspectos verbales y no verbales, tiende a manifestar poco sus emociones, aun cuando refiera tristeza, tiende a inhibirlo. El volumen de voz es adecuado, lenguaje claro y fluido, y se muestra comunicativa. En las primeras sesiones su expresión denota cierta tristeza, pero trata de reprimirlo, luego en sesiones posteriores mejora expresión y ánimo.

III. PROBLEMA ACTUAL

Alicia acude a consulta por problemas conyugales. Se encontraba separada de su esposo. Manifiesta tristeza, cólera, desánimo para trabajar, se distrae con facilidad, disminuye su interés por las actividades que realizaba anteriormente, sufre de insomnio, olvida en ocasiones y tiene cefaleas, ha disminuido su apetito, y muestra poco interés por mantener relaciones sexuales.

Manifiesta que estos síntomas se incrementa cuando se encuentra en su casa “no tengo deseos de llegar a casa, porque todo me hace recordar a mi esposo” “me siento triste y sola, añoro su compañía” “extraño sus atenciones, pienso que ya me los dará, como cuando estábamos juntos”, “no le importo a él”, “le importa más la empresa”, “me siento sola” “no fui buena esposa” “me cuesta trabajo conciliar el sueño durante las noches, duermo poco, me despierto con facilidad y no puedo volver a dormir”, “mi mamá me va culpar de todo”, “para él fue es fácil separarse”, “por qué tuvo que irse” “por qué tengo que pensar tanto” “pienso que no le importo, que ya no me ama”, “en las mañanas me levanto de mal humor, no tengo deseos de hacer las cosas que hacía antes después de levantarme”, “veo mis cosas y están desordenadas, no tengo deseos de ordenarlas”.

Respecto a su familia y amigos ha dejado de visitarlas expresa “como voy a explicar a mi familia que me he separado” “Mi mamá quiere mucho a mi esposo” “Mi mamá siempre pregunta por él, eso me molesta, tengo que decirle que está de viaje” “dice que él es muy bueno y que me quiere”. En reuniones “Mis amigos también preguntan por él y no sé qué decirles, a veces tengo que mentir para no se enteren que nos hemos separado, digo que se fue de viaje, eso no me hace sentir bien” “solo los amigos muy allegados saben que nos hemos separado” “siempre pienso porque se fue y me irrita”, evita asistir a las reuniones sociales.

En su trabajo refiere que no se concentra como antes, si bien continua con sus responsabilidades pero tiende a cometer algunos errores, dice

“me molesta todo, pierdo la concentración, a veces me equivoco, hace días mientras dictaba clases me confundí en algo elemental y los alumnos me corrigieron, tuve que disculparme y continuar, pero eso me hizo sentir mal, pienso que me estoy equivocando”, “temo cometer mayores errores, casi nunca las he cometido ahora sí”, “Recuerdo constantemente a él, me da cólera, pierdo la concentración”, “siento cólera fracasar, esto es un fracaso para mí”, “no lo puedo tolerar”, “tendría que haber sido más tolerante.

IV. PRESUNCION DIAGNOSTICA

F32.0

Creencias Irracionales Básicas: “No tolero sentirme fastidiada conmigo misma cuando pienso que él se fue de casa, todo lo controlo, resuelvo problemas en mi trabajo, me enfrento situaciones difíciles, pero no puedo evitar dejar de pensar en Juan”, “Debo controlar mis emociones”, “Todo lo que hago debe estar correcto”, “Fracasar es intolerante”, “Debí mantener el control de casa”, “Mi mamá va creer que tuve la culpa, que fui una mala esposa, siempre tuve mal carácter y tuve problemas de conducta en el colegio”, “Voy a ser censurada por mi mamá”.

V. AREA DE INTERVENCION

Terapia cognitiva Conductual: Paciente que presenta pensamientos automáticos: Sobregeneralización, culpabilidad, debería, filtraje, interpretación de pensamiento, visión catastrófica. El tratamiento tiene como objetivo mejorar el estado de ánimo controlando los pensamientos negativos y cambiar las creencias básicas, disminuir sentimientos de culpa e incrementar las actividades adaptativas gratificantes.

- Psicoeducación
- Autoregistro
- Evaluación y análisis de pensamientos automáticos
- Autoinstrucciones

- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en Relajación.

ANALISIS FUNCIONAL DE CONDUCTA

Listado de Conductas Problema

- Episodio depresivo
- Dificultad para expresar emociones
- Problemas de Asertividad y habilidades sociales
- Disminución en sus relaciones interpersonales

Listado de Conductas Adecuadas

- Capacidad intelectual Promedio
- Responsabilidad personal y laboral
- Adecuado cuidado en su higiene y arreglo personal
- Motivación para el tratamiento
- Facilidad para el aprendizaje respecto a las técnicas utilizadas.
- Cumplimiento con las tareas asignadas
- Control para manejar las situaciones problemáticas en su trabajo

Vulnerabilidad en O

Deprivación afectiva

Definición Operacional de los Problemas

Análisis Funcional

Episodio depresivo

Ed	O – R	Er
<p>Ed Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estar en casa sola - Que los familiares y amigos pregunten por el esposo o envíen encargos. -Escuchar hablar de su esposo a otras personas. - Ver objetos personales del esposo en casa. <p>Ed Internos</p> <p>“Recuerdo de vivencias agradables con el esposo”</p> <p>“Pensar como estará el”</p> <p>“Pensar que mi esposo no estará en casa cuando llegue”</p> <p>“Extraño las atenciones que me daba”</p> <p>“Con él no me sentía sola”</p> <p>“Pensar que no tengo con quien compartir lo que me sucede”</p>	<p>Motor - Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llanto. - Menos permanencia en casa - Descuido en arreglo de casa - Cierta descuido de arreglo personal - Evitar reuniones familiares - Salir menos con amigos <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor de cabeza - Disminución de apetito - Insomnio - Disminución de libido <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Desánimo - Humor variable - Ansiedad - Distrabilidad - Cólera - Llanto - Culpa <p>Cognitivo</p> <p>“No le importo a mi esposo”</p> <p>“Se interesa más por el dinero, se preocupa más por su empresa”</p> <p>“Que voy a decir a mi familia sobre la separación”</p> <p>“Van a pensar, que no fui buena esposa”</p> <p>“Mi mamá va decir que tengo la culpa”</p> <p>“Yo debí quedarme con él siempre”</p> <p>“Porque siempre recuerdo a mi esposo”</p> <p>“Porque a mí tuvo que sucederme esto”</p> <p>“Tengo más problemas que antes”</p> <p>“Si él no se hubiera ido”</p> <p>“Para él es muy fácil irse y dejarme”</p> <p>Parámetros</p> <p>Ideas que persiste todo el día</p> <p><u>Frecuencia:</u> Asociado a estímulos externos e internos.</p> <p><u>Intensidad:</u> Moderada</p> <p><u>Duración:</u> Variable</p>	<p>Er Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mamá de Alicia tiene ideas positivas sobre el yerno. - Opinión de la hermana sobre necesidad de permanencia del cuñado en la casa. - Que se malogre algo en casa, que su esposo lo resolvía. - Requerimiento del esposo para apoyar en la Empresa de ella. <p>Er Internos</p> <p>“Si mi esposo estuviera en casa , se resolvería con facilidad”</p> <p>“Antes las cosas eran más simples, cuando él estaba”</p> <p>“Esto lo arreglaba mejor él”</p> <p>“Con mi esposo tenía más ánimo para hacer las cosas en casa”</p> <p>“La casa la siento más triste”</p>

Análisis Funcional

Déficit de Asertividad y Habilidades Sociales

Ed	O – R	Er
<p>Ed Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibir visita del esposo en casa. - Recibir llamada del esposo en casa. - Coordinar con el esposo asuntos de la casa - Coordinar con el esposo asuntos de la empresa - Hablar con el esposo sobre transacciones bancarias <p>Ed Internos</p> <p>“Recuerdo de que el esposo resolvía el pago de recibos, transacciones bancarias”</p> <p>“Pensar que se simplificaba la documentación con él”</p> <p>“Pensar que él era quien solucionaba los problemas de casa”</p> <p>“Pensar que era más fácil antes”</p>	<p>Motor - Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llamar por teléfono al esposo. - Menos permanencia en casa - Evitar a la familia - Dejar de asistir a reuniones con amigos que los conocía a ambos <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor de cabeza - insomnio - Diminución de libido <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor variable - Ansiedad - Cólera - Llanto - Culpa <p>Cognitivo</p> <p>“No le importa la casa”</p> <p>“Se preocupa más por su empresa”</p> <p>“Él enviaba a su secretaria para que haga estos trámites de la casa”</p> <p>“Sabe muy bien que se necesita hacer estos pagos y no se acuerda”</p> <p>“El está tranquilo, mientras que yo tengo que ocuparme de esos asuntos”</p> <p>Parámetros</p> <p><u>Frecuencia</u>: Asociado a estímulos externos.</p> <p><u>Intensidad</u>: Elevada</p> <p><u>Duración</u>: Variable</p>	<p>Er Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Socia le pide necesitan coordinar con el esposo para la elaboración de cajas. - Se tiene que cancelar cuentas y realizar trámites de la casa o del banco. - <p>Er Internos</p> <p>“Mi esposo era quien lo resolvía todo”</p> <p>“Con mi esposo tenía menos responsabilidades”</p> <p>“Él lo resuelve con facilidad”</p>

AREAS DE INTERVENCION

Episodio depresivo

Objetivos

- Disminuir pensamientos persistentes
- Disminuir ansiedad
- Disminuir tristeza
- Disminuir sentimientos de culpa
- Disminuir perfeccionismo

Técnicas

- Psicoeducación de Terapia Cognitivo Conductual
- Análisis de Pensamientos
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en relajación
- Bloqueo de pensamiento y aserción encubierta (visualización)
- Reatribución de la culpa

1ra. Sesión: Psicoeducación: Se utiliza material Psicoeducativo para instruir sobre el fundamento de terapia cognitivo conductual. Reconoce los pensamientos distorsionados e identifica los pensamientos automáticos o irracionales. Se explica el uso del formato de autoregistro Ps.111. (A-B-C). Asignación de tareas. (Ver Anexo)

2da. sesión: Evaluación del autoregistro Ps.111 e identificar los pensamientos automáticos presentados durante una semana. Uso del Termómetro emocional

3ra. y 4ta. Sesión: Reestructurar los pensamientos automáticos registrados por la paciente durante una semana. Aplicación del termómetro emocional y ejercicio de relajación. Se refuerza con autoinstrucciones positivas usando post-it (notas).Biblio-terapia.

5ta.- 8va.Sesión: Se continúa con reestructuración cognitiva, Se utiliza formato PS 111 (A-B-C-D-E).Se utiliza bloqueo de pensamiento, aserción encubierta

9na-12ava. Seguimiento. Aplicación de escala depresión y ansiedad de Zung.

Déficit en Asertividad y Habilidades Sociales

Objetivos

- Incrementar de interacción social a fin de disminuir discusiones con esposo.
- Incrementar en repertorio de conducta técnicas en Habilidades sociales
- Mejorar relaciones interpersonales

Técnicas

- Entrenamiento en habilidades sociales, juego de roles, moldeado, asignación de tareas.

Aplicación de Técnicas:

- Habilidades sociales: Retroalimentación y moldeado. Práctica de Estilos de Comunicación, Derechos asertivos, Hacer y recibir críticas, practica técnicas: Disco rayado, aserción negativa, banco de niebla, asertividad empática, asertividad confrontativa, interrogación negativa.

REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

- Beck, Aarón; et al. (2005). *Teoría cognitiva de la depresión*. España: Edit. Desclée De Brouer, S.A.
- Beck, Aarón; et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. España: Edit. Paidós, S.A.
- Beck, Judith. (2000). *Teoría Cognitiva*. España: Edit. Gedisa.
- Chero, Edith. (2010). *Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. Perú: Edit. Servicios Gráficos.
- Fernández, Itziar. (2011). *Psicología de la Intervención Comunitaria*. España: Edit. Desclée De Brouer, S.A.
- Manual de Organización de Funciones*. (2007). Departamento de Psicología Hospital Víctor Larco Herrera. Lima
- Pastor, Carmen. (2007). *Tratamiento Psicológico del Pánico- Agorafobia*. Valencia: Edit. Grafiques Gimeval S.A.L.
- Ramos-Cejudo, J. et al. (2005). *Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de ansiedad generalizada: El componente metacognitivo*. España
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera*. (2004). Lima
- Riso, Walter. *Terapia cognitiva*. (2009). Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.
- Tallis, Frank. (1999). *Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una perspectiva Cognitiva y Neuropsicológica*. España: Edit. Desclée De Brouer, S.A.
- Vásquez Carmelo. (2008). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Edit. Síntesis S.A.

ANEXOS

MATERIALES PARA LA INTERVENCION TERAPEUTICA

1. Pruebas psicológicas Aplicadas
2. Material Psicoeducativo
3. Autoregistro de Análisis de pensamiento (Ps 111)
4. Modelo de aplicación de técnicas cognitivas conductuales







HOJA DE RESULTADOS

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	313	=	Válido	54 X
Y	Deseabilidad Social	17	=		80 Y
Z	Autodescalificación	6	=		40 Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	BR	FACTOR				AJUSTES			Pac.	PUNTAJE FINAL	
			X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2				
1	Esquizoide	24	70	70							70	1
2	Evitativo	9	44	44		44					44	2
3	Dependiente	25	55	55							55	3
4	Histriónico	30	74	74							74	4
5	Narcisista	46	84	84							84	5
6A	Antisocial	16	47	47							47	6A
6B	Agresivo-sádico	34	75	75							75	6B
7	Compulsivo	51	95	95							95	7
8A	Pasivo-agresivo	9	5	5							5	8A
8B	Autoderrotista	9	37	37		37					37	8B

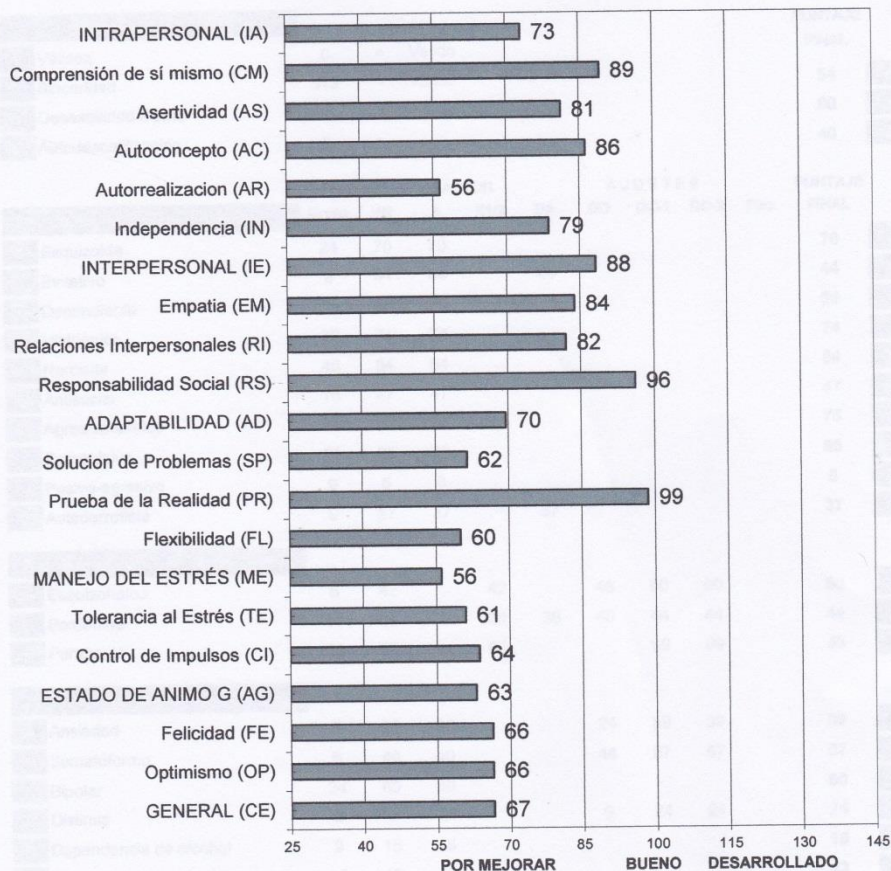
Patología severa de personalidad		PUNTAJE Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	PUNTAJE FINAL	
S	Esquizotípico											
C	Borderline	11	36		36	36	40	44	44		44	C
P	Paranoide	25	67		67			69	69		69	P

Síndromes clínicos		PUNTAJE Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	PUNTAJE FINAL	
A	Ansiedad											
H	Somatoforme	6	40	40			44	57	57		57	H
N	Bipolar	24	60	60							60	N
D	Distimia	9	5	5			9	24	24		24	D
B	Dependencia de alcohol	9	15	15							15	B
T	Dependencia de drogas	18	43	43							43	T

Síndromes severos		PUNTAJE Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	PUNTAJE FINAL	
SS	Desorden del pensamiento											
CC	Depresión mayor	5	35		35					35	35	CC
PP	Desorden delusional	11	60		60					60	60	PP

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

Inteligencia Emocional (ICE)



Nombre: Alicia R. M.	Ptje Estándar	Pautas de Interpretación
F.N.:	130 y más	Capacidad emocional muy desarrollada:
Edad: 35 años		Marcadamente Alta. Capacidad emocional inusual
L.N. Lima	115 a 129	Capacidad emocional muy desarrollada: Alta. Buena .
Instrucción Superior	86 a 114	Capacidad emocional adecuada: Promedio.
Ocupación: Administradora	70 a 85	Necesita mejorar: Baja. CE debajo del promedio
Fecha: 28-05-2013	69 y menos	Necesita mejorar: Muy baja. CE extremadamente por debajo del promedio
Evaluador: Ps. Martha Palomino G.		

ESCALA DE ZUNG DEPRESIÓN

NOMBRE: Alicia

02/05/13

MARQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ME SIENTO TRISTE Y DECAÍDO	1	2	3	④
2. POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR	④	3	2	1
3. TENGO GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORO	①	2	3	4
4. ME CUESTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES	1	②	3	4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	4	③	2	1
6. AUN TENGO DESEOS SEXUALES	4	③	2	1
7. NOTO QUE ESTOY ADELGAZANDO	1	②	3	4
8. ESTOY ESTREÑIDO	④	3	2	1
9. EL CORAZÓN ME LATE MAS RÁPIDO QUE ANTES	1	②	3	4
10. ME CANSO SIN MOTIVO	1	2	③	4
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO ANTES	④	3	2	1
12. HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES	④	3	2	1
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	1	2	3	④
14. TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO	④	3	2	1
15. ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES	1	2	③	4
16. ENCUENTRO FÁCIL TOMAR DECISIONES	①	2	3	4
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	④	3	2	1
18. ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR	4	③	2	1
19. CREO QUE SERIA MEJOR PARA LOS DEMÁS SI ESTUVIERA MUERTO	①	2	3	4
20. ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTES	4	③	2	1

PUNTAJE TOTAL:

59

PS-100

ESCALA DE ZUNG

NOMBRE: Alicia

07/05/13

MARQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ME SIENTO MAS ANSIOSO Y NERVIOSO QUE DE COSTUMBRE	1	2	3	4
2. ME SIENTO CON TEMOR SIN RAZON	1	2	3	4
3. DESPIERTO CON FACILIDAD O SIENTO PANICO	1	2	3	4
4. SIENTO COMO SI FUERA A REVENTAR Y PARTIRME EN PEDAZOS	1	2	3	4
5. SIENTO QUE TODO ESTA BIEN Y QUE NADA MALO PUEDE SUCEDER	4	3	2	1
6. ME TIEMBLAN LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS	1	2	3	4
7. ME MORTIFICAN LOS DOLORES DE CABEZA, CUELLO Y CINTURA	1	2	3	4
8. ME SIENTO DÉBIL Y ME CANSO FÁCILMENTE	1	2	3	4
9. ME SIENTO TRANQUILO Y PUEDO PERMANECER EN CALMA FACIL	4	3	2	1
10. PUEDO SENTIR QUE ME LATE MAS RÁPIDO EL CORAZÓN	1	2	3	4
11. SUFRO DE MAREOS	1	2	3	4
12. SUFRO DE DESMAYOS O SIENTO QUE ME VOY A DESMAYAR	1	2	3	4
13. PUEDO INSPIRAR Y ESPIRAR FÁCILMENTE	4	3	2	1
14. SE ME ADORMECEN O HINCHAN LOS DEDOS (MANOS Y PIES)	1	2	3	4
15. SUFRO DE MOLESTIAS ESTOMACALES O DE INDIGESTIÓN	1	2	3	4
16. ORINO CON MUCHA FRECUENCIA	1	2	3	4
17. GENERALMENTE MIS MANOS ESTÁN SECAS Y CALIENTES	4	3	2	1
18. SIENTO BOCHORNOS	1	2	3	4
19. ME QUEDO DORMIDO FACILMENTE Y DESCANSO BIEN POR LA NOCHE	4	3	2	1
20. TENGO PESADILLAS	1	2	3	4

PUNTAJE TOTAL:

52

PS-93



--	--	--	--	--	--	--	--

FORMATO PARA PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

NOMBRES Y APELLIDOS
PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE
Fecha

Alicia
Martha S. Palomino Gomez

MOTIVO DE CONSULTA

Depresión por separación conyugal

DESARROLLO DE LA CONDUCTA PROBLEMA

Hace 2 meses el esposo decide retirarse del hogar, y la paciente siente que su calidad de vida y bienestar disminuye "que no a lo usual".

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En Informe Psicológico

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA PSICOLÓGICA

a. Definición Operacional de la Conducta Problema

Períodos de tristeza, pensamientos negativos sobre retrocesos de separación

b. Creencias Irracionales Presentes

"No le importo más", "pensar que no fui buena esposa", "si él me se hubiera ido", "me siento sola" etc.
"Por que siempre lo recuerdo", "por que a mí" etc.

c. Pensamientos Automáticos Presentes

Catastrofización, culpa, acusaciones, etc.



--	--	--	--	--

Estímulos Discriminativos Presentes

El diagnóstico, la casa, las amigas.

d. Estímulos Reforzadores Presentes

Pensamientos negativos

TRATAMIENTO

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Señalar los Objetivos, Técnicas Terapéuticas más recomendables al caso y sesiones aproximadas para cada objetivo:

- 1.- Identificar los pensamientos negativos
- 2.- Placer de modelo A-B-C
- 3.- Restricción en pensamientos negativos
- 4.- Aplicación de modelo ABCDE
- 5.- Discriminación de pensamientos negativos

TÉCNICAS COGNITIVAS

- 1.- Psicoducción.
- 2.- Aplicación de Análisis de Pensamiento
- 3.- Restricción con cognitivas
- 4.- Holdramento.
- 5.- Relajación

Nº DE SESIONES

Variable

TERAPIA COGNITIVA

PRINCIPIOS

- Plantea que los efectos de nuestra conducta están determinados por el modo como percibimos el mundo. (Beck, 1976)
- La interpretación que hacemos del mundo se debe a actitudes o supuestos que desarrollamos desde nuestras experiencias anteriores.
- Aplicar el modelo A B C
A = Situación o evento
B = Pensamiento automatico o negativo
C = Sentimiento y conducta

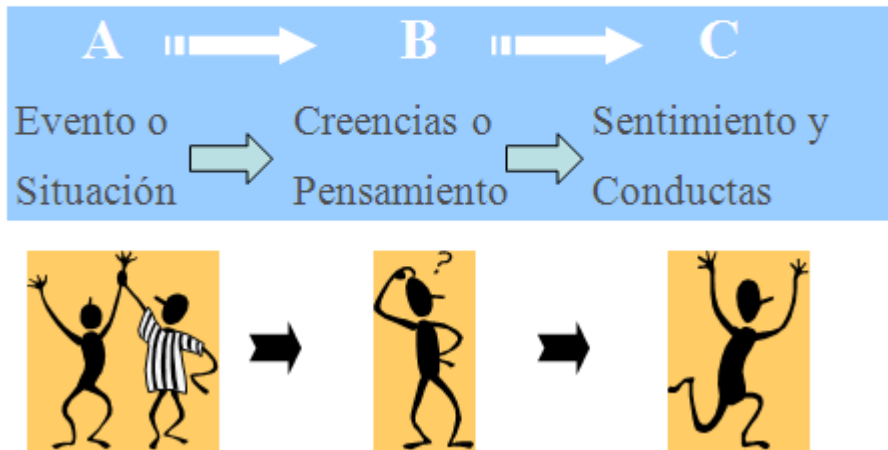
OBJETIVOS

1. Identificar los pensamientos automaticos o negativos.
 2. Identificar las relaciones entre pensamiento, afecto y conducta.
 3. Controlar los pensamientos automáticos negativos o distorsionados.
 4. Evaluar los pro y en contra de los pensamientos automaticos o negativos.
-
- Se logrará pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con los problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas





Modelo cognitivo conductual



APREDIENDO A CONOCER NUESTROS PENSAMIENTOS

1. Cada vez que tengas una **emoción negativa** (tristeza, enfado, ira, ansiedad) identifícala y valora su intensidad de 0 a 10.
2. Anota en la misma columna si hay alguna **reacción física** (dolor de cabeza, nudos en el estómago, tensión muscular, etc).
3. Describe a continuación la **situación** (puede ser externa o interna) que esta ocurriendo en el momento en el que te sientes mal, la fecha y hora.
4. Intenta luego escuchar tu **pensamiento** y regístralo, valorando el grado de creencia que tiene para ti, es decir, cuánto te lo crees, de 0 a 10.
5. Después, describe qué haces ante esa situación, es decir, cual es tu **comportamiento** y la duración que tiene.
6. Analiza por ultimo las **consecuencias** que tiene ese comportamiento, que pasa después.

CREENCIAS IRRACIONALES

“Desde las primeras etapas de nuestro desarrollo, las personas tratamos de entender nuestro entorno, desarrollamos creencias de nosotros mismos, de las personas y del mundo”.

“Estas creencias son ideas tan profundas que no se suele expresar, ni siquiera ante uno mismo”.

“Estas ideas son consideradas por nosotros como verdaderas, absolutas, creyendo que es así como son las cosas”.

LAS CREENCIAS RACIONALES son el fundamento de los comportamientos funcionales y sanos



LAS CREENCIAS IRRACIONALES están en la base de las conductas disfuncionales, de aislamiento, depresión, demora, alcoholismo, abuso de sustancias y otras.

CREENCIAS RACIONALES

Son cogniciones propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial. Se expresan "Me gustaría", "Quisiera", "No me gustaría", "Preferiría", "Desearía". Los sentimientos positivos de placer o satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos.

CREENCIAS IRRACIONALES

1° **Son absolutas** (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de "Tengo que...", "Debo...", "Debería...", "Estoy obligado a...", etc.
2° **Provocan emociones negativas** que interfieren en la persecución y obtención de metas por ej. depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo).

Los pensamientos son la causa de nuestras emociones



- A. Es importante identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir.
- B. Lo identificamos mediante el autoanálisis. Se realiza mediante preguntas: ¿Que me estoy diciendo respecto a mi mismo? ¿Qué esta cruzando por mi mente justo en este momento? ¿ Que me estoy diciendo respecto a estos eventos desagradables?, etc.

“Para entender cómo las creencias afectan nuestra visión de las cosas, vamos a utilizar el **Modelo A-B-C** de la Terapia Cognitiva, que nos dice que: *no son las situaciones las que nos afectan directamente, sino nuestro pensamiento (creencias)*”.

Así como...

pensamos → sentimos → actuamos



¿Cómo hacer para detectar e identificar las creencias irracionales y la autocharla negativa?



El mejor momento es cuando se siente ansioso, colérico o deprimido respecto a un problema.

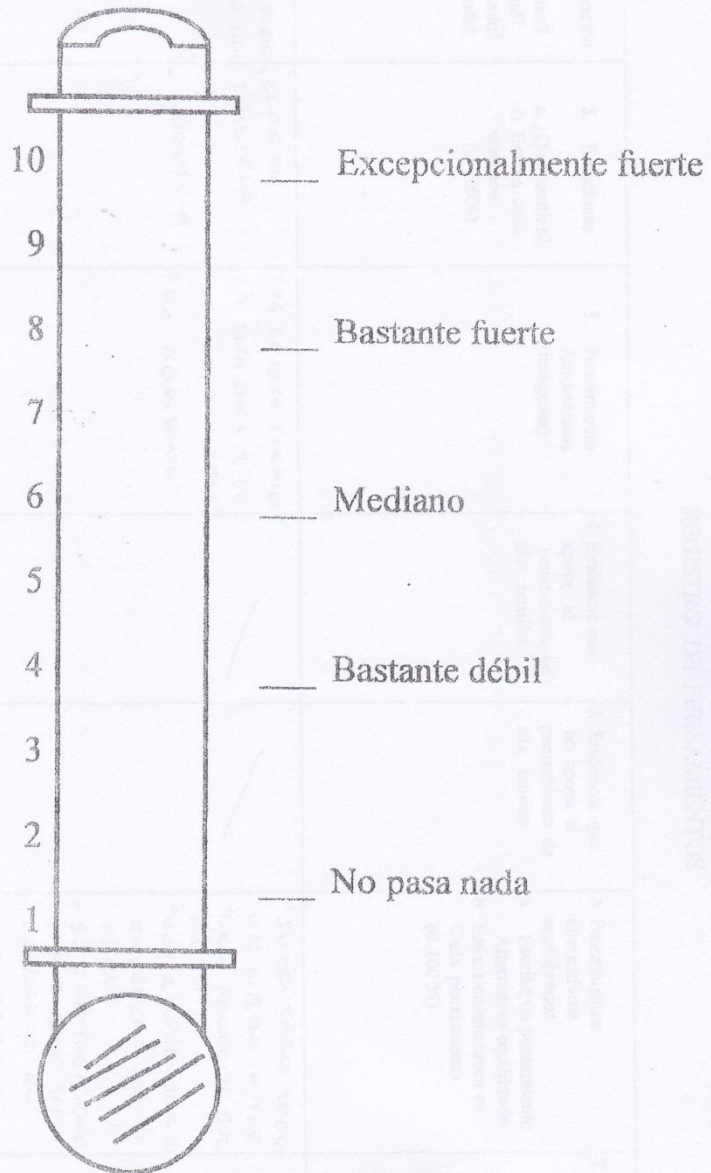


Cuando se sienta perturbado respecto a alguien o con alguna situación, aplique la Perspectiva A-B-C de nuestros emociones, al problema y situación que está experimentando...

ANALISIS DE PENSAMIENTOS

<p>1. Situación</p> <p>¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?</p>	<p>3. Emociones</p> <p>a. ¿Qué sentías? b. Estima cada emoción (0-100%)</p>	<p>3. Pensamientos Automáticos (Imágenes)</p> <p>a. ¿Qué estaba pasando por mí mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Algun otro pensamiento? ¿Imágenes?</p> <p>b. Rodea el pensamiento de alta tensión</p>
<p>La casa y el dormitorio pienso en él</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza - llanto - Preocupación - Angustia - desesperación 	<ul style="list-style-type: none"> " No le importo a él " " lo único que le intereso es el dinero " " Mi mamá va decir que yo soy la culpable y que el se cauro de mí " " Yo debí quedarme siempre en él " " Como estaré él , regreso feliz " " Con él me me sentie sola como ahora " " Ya no tengo con quien compartir lo que me sucede " " Para él es muy facil con y dejarme con todo " " Extraño todas sus atenciones "

TERMOMETRO EMOCIONAL



REGISTRO DE PENSAMIENTOS

Ps-11f

1. Situación ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	2. Emociones a. ¿Qué sentías? b. Estima cada emoción (0-100%)	3. Pensamiento Automáticos (imágenes)	4. Evidencia que apoya al pensamiento de alta tensión	5. Evidencia que no apoya el pensamiento de alta tensión	6. Pensamientos alternativos/ equilibrados a. Escribe un pensamiento Alternativo equilibrado b. Estima cuanto crees en Cada pensamiento (0-100%)	7. Estima ahora las emociones vuelve a estimar las emociones en la columna 2, además de cualquier otra nueva emoción (0-100%)
DORMITANDO EN LA NOCHE ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	LLANTO TRISTEZA PENSA ANGUSTIA	"YA NO ESTÁ CERKIE" "EL ESTÁ BIEN Y YO ACA SOLA Y TOSTE" "HE ABANDONADO"	/	/	"INTENTARE LEER UN LIBRO O VER UNA PELUCULA BONITA" "VOY A APRENDER A DISFRUTAR DE MI HUSKA" "SU INESTABILIDAD TIENE QUE SER CONTROLADO EL" "APRENDERE A HACER COSAS YO SOLA" "SOLAMENTE ADELARTE" "AHORA ES DIFICIL PERO POCO A POCO SACARE ADELARTE"	- RESUR AUCCO - ESPERANZA - CACHA

ESCALA DE ZUNG
ANSIEDAD

NOMBRE: Alice

27/10/13

MARQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ME SIENTO MAS ANSIOSO Y NERVIOSO QUE DE COSTUMBRE	1	2	3	4
2. ME SIENTO CON TEMOR SIN RAZON	1	2	3	4
3. DESPIERTO CON FACILIDAD O SIENTO PANICO	1	2	3	4
4. SIENTO COMO SI FUERA A REVENTAR Y PARTIRME EN PEDAZOS	1	2	3	4
5. SIENTO QUE TODO ESTA BIEN Y QUE NADA MALO PUEDE SUCEDER	4	3	2	1
6. ME TIEMBLAN LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS	1	2	3	4
7. ME MORTIFICAN LOS DOLORES DE CABEZA, CUELLO Y CINTURA	1	2	3	4
8. ME SIENTO DÉBIL Y ME CANSO FÁCILMENTE	1	2	3	4
9. ME SIENTO TRANQUILO Y PUEDO PERMANECER EN CALMA FACIL	4	3	2	1
10. PUEDO SENTIR QUE ME LATE MAS RÁPIDO EL CORAZON	1	2	3	4
11. SUFRO DE MAREOS	1	2	3	4
12. SUFRO DE DESMAYOS O SIENTO QUE ME VOY A DESMAYAR	1	2	3	4
13. PUEDO INSPIRAR Y ESPIRAR FACILMENTE	4	3	2	1
14. SE ME ADORMECEN O HINCHAN LOS DEDOS (MANOS Y PIES)	1	2	3	4
15. SUFRO DE MOLESTIAS ESTOMACALES O DE INDIGESTION	1	2	3	4
16. ORINO CON MUCHA FRECUENCIA	1	2	3	4
17. GENERALMENTE MIS MANOS ESTAN SECAS Y CALIENTES	4	3	2	1
18. SIENTO BOCHORNOS	1	2	3	4
19. ME QUEDO DORMIDO FACILMENTE Y DESCANSO BIEN POR LA NOCHE	4	3	2	1
20. TENGO PESADILLAS	1	2	3	4

PUNTAJE TOTAL: 27

PS-93

ESCALA DE ZUNG
DEPRESIÓN

NOMBRE: Alcira

27/10/13

MARQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ME SIENTO TRISTE Y DECAÍDO	1	2	3	4
2. POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR	4	3	2	1
3. TENGO GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORO	1	2	3	4
4. ME CUESTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES	1	2	3	4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	4	3	2	1
6. AUN TENGO DESEOS SEXUALES	4	3	2	1
7. NOTO QUE ESTOY ADELGAZANDO	1	2	3	4
8. ESTOY ESTREÑIDO	4	3	2	1
9. EL CORAZÓN ME LATE MAS RÁPIDO QUE ANTES	1	2	3	4
10. ME CANSO SIN MOTIVO	1	2	3	4
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO ANTES	4	3	2	1
12. HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES	4	3	2	1
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	1	2	3	4
14. TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO	4	3	2	1
15. ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES	1	2	3	4
16. ENCUENTRO FÁCIL TOMAR DECISIONES	1	2	3	4
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	4	3	2	1
18. ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR	4	3	2	1
19. CREO QUE SERIA MEJOR PARA LOS DEMÁS SI ESTUVIERA MUERTO	1	2	3	4
20. ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTES	4	3	2	1

PUNTAJE TOTAL: 20

"CALMATE"
"RELAJATE"

"SOY CAPAZ
DE VIVIR SOLA"

"NO ERES LA
UNICA QUE ESTARA
DIVORCIADA"

"SOY CAPAZ DE
TOLERARLO"