

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**PRESENTACIÓN Y SUSTENTACIÓN DE CASO
INFORME DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES EN EL
AMBITO CLÍNICO Y DE LA SALUD, HOSPITAL “VÍCTOR
LARCO HERRERA: TRASTORNO DE ANSIEDAD CON
EPISODIO DEPRESIVO LEVE EN PACIENTE CON
INSEGURIDAD PERSONAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**TRABAJO DE INVESTIGACION: PRESENTACION Y SUSTENTACION
DE CASO**

AUTOR

María Leonor De La Torre Sobrevilla

ASESOR

Rosa Elena Huerta R.

Lima – Perú

2014

Gracias a Dios por haberme guiado y brindado todas las fuerzas necesarias para seguir adelante y superar contrariedades; a mis padres Gerardo y Rosa por la formación que me brindaron en valores y por su apoyo incondicional; a mi esposo Quique e hijas Varinia y Denisse por haber sido tolerantes y permitir quitarles el tiempo compartido en familia y a todas aquellas personas que siempre estuvieron dispuestas para brindarme su apoyo.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo dar a conocer la experiencia profesional del Psicólogo en el Hospital “Víctor Larco Herrera” que es la primera institución especializado en la atención de Salud Mental en Latinoamérica y actualmente también en la atención de la Promoción y prevención en Salud Mental. Se encuentra ubicado en la Av. Pérez Aranibal N° 600 en el distrito de Magdalena, provincia y departamento de Lima.

Desde su fundación el Hospital “Víctor Larco Herrera” ha cumplido una importante labor docente, iniciada con la obra de Hermilio Valdizán en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y continuada luego, por Honorio Delgado.

En la actualidad la docencia en el departamento de Psicología es ejercida bajo los convenios de las Universidades, el Hospital y el Ministerio de Salud.

El Hospital “Víctor Larco Herrera” es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad en concordancia con lo dispuesto en la Ley N° 27657 –Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.

El compromiso y la identificación con la visión y misión del Hospital, es inherente a los objetivos estratégicos planteados por el departamento de Psicología; para brindar tratamiento y rehabilitación psicológica en los diferentes servicios que ofrece el departamento de Psicología.

La labor explícita se desarrolla en el servicio de hospitalización, en un pabellón de corta estancia (2 – 3 meses), con capacidad para 60 pacientes mujeres y técnicamente en edades de 18 a 70 años. Se brinda, entrevista y observación de conducta, evaluación psicológica a todas las pacientes en general, apoyo y/o consejería, terapia individual según el caso requerido, terapia grupal, intervención familiar del caso asignado, charlas educativas a familiares, participación en las visitas médicas- psicológicas, así como en las reuniones clínicas de todas las pacientes en condición de ser nuevas en el servicio, entre otras actividades.

En el servicio de consulta externa se brinda atención psicológica, de una vez por semana y en turno tarde de 2pm. a 8 pm.; la atención es de 2 pacientes nuevos en

cada turno así como a los pacientes continuadores citados con anticipación, en edades de 18 a más y de diferentes sexos, condición social, religión, etc.

La atención en salud comunitaria, es una actividad, a través de campañas en los distritos que solicitan a la Dirección del Hospital; por lo general son los fines de semana y se desarrolla en parques centrales del distrito y en carpas.

En el presente informe de experiencia profesional se presenta un caso de consulta externa con diagnóstico de ansiedad y depresión bajo el modelo de intervención terapéutico desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo Conductual.

La actividad psicológica de la paciente atendida, se aborda al haber sido derivada de Psiquiatría con la solicitud de evaluación psicológica de personalidad, y a “sugerencia” de su amiga.

La asistencia a las citas por parte de los familiares como padres, tía y pareja, fueron puntuales y paulatinamente fueron motivados, para brindar la mayor información posible para el desarrollo de la anamnesis; así como con la misma paciente.

La evaluación psicológica propiamente dicha, si bien es cierto, al inicio fue con temor a equivocarse y con mayor manifestación de ansiedad en las diferentes pruebas tradicionales; finalmente logro desarrollar con mayor confianza, la evaluación del área de personalidad.

Se considera que la Terapia cognitivo conductual es un modelo adecuado para intervenir en la disminución de las manifestaciones de depresión y /o ansiedad en casos particulares como éste; para efectos didácticos se registra parte del tratamiento específico de la depresión

Luego del tratamiento la paciente superó los síntomas depresivos y ansiosos, el mismo que contribuyó a restablecer sus actividades familiares, personales y laborales, al cabo de las sesiones planteadas.

La terapia Cognitivo Conductual, es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, con técnicas terapéuticas específicas utilizadas que se sitúan en el marco del modelo

cognitivo en psicopatología; con el objetivo de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y las alteraciones que devienen de ella y se manifiestan en las dimensiones cognitivas, conductuales, físicas y sociales.

El modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión; y es a través de la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información); que se puede identificar y abordar terapéuticamente la depresión.

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL: “HOSPITAL “VICTOR LARCO HERRERA”

El Hospital “V́ctor Larco Herrera” se encuentra ubicado en la Av. Ṕrez Aranibar N° 600 en el distrito de Magdalena, departamento y provincia de Lima. Tiene por ĺmites: por el norte con la Av. Bonnemaison, por el este con Jr. Bolívar; por el sur con Jr. Amadeo Vigil; y por el Oeste con la Av. Ṕrez Aranibar, ex Av. Del Ej́rcito.

El primero de Abril de 1856, siendo presidente de la Republica Don Nicolás de Piérola, se expidió la resoluci3n suprema, que sacaba a concurso una casa de Insanos en el pueblo de Magdalena, como parte de un proyecto futuro destinada a crear Manicomios Departamentales, teniendo por objeto un estudio completo y circunstanciado sobre las condiciones a que debe atenderse una casa de insanos, conforme al sistema de tratamiento que se seguía en los establecimientos de su clase en países más adelantados.

El concurso fue ganado por el Dr. Manuel Muñiz, en ese momento Director del Hospicio Civil de Insanos u Hospicio de la Misericordia (Primer centro destinado a enfermos mentales de ambos sexos que fuera inaugurado por el Dr. José Casimiro Ulloa en 1859, en gestiones realizadas a la Sociedad Beneficencia Ṕblica de Lima). El Dr. Muñiz, siguiendo la t́cnica Francesa propone, que el Hospital se halle dividido en pabellones, siendo destinadas cada una de ellas a fines especiales y a la asistencia diferenciada y por consiguiente cada uno debería tener determinadas normas arquitect3nicas y mobiliario particular.

Las obras se iniciaron en Agosto de 1901, en el terreno comprado por la Beneficencia Ṕblica a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El gobierno dispuso que el 25% del producto neto del Ramo de Loteras de Lima y Callao se destinara a cubrir los gastos que ocasionara la obra.

En el ańo 1904, el gobierno mand3 abandonar las obras por no ser científicamente sostenible la conveniencia de continuarlas en el sitio actual, por lo que en lo sucesivo fue utilizado como cuartel, luego como orfanatorio y finalmente como escuela de economía domestica.

En 1914, el Hospicio de la Misericordia había rebasado su capacidad, su estructura administrativa era arcaica así como sus métodos asistenciales ello dio lugar a que el 18 de Febrero de 1914 la Junta de Gobierno Presidida por el Coronel Oscar R. Benavides aceptara la sugerencia del Director de Salubridad Dr. Abel Olaechea, de continuar las obras del Asilo Colonia Magdalena y para lo cual el 27 de Febrero se nombró una comisión especial presidida por el Ministro de Fomento Benjamín Boza.

El año 1917, se terminaron las principales instalaciones y el Dr. Caravedo Prado, quien participó de la comisión especial de 1914, como secretario y asesor Técnico, fue designado por la misma comisión y la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima para que iniciara el experimento de hacer trabajar bajo su cuidado a enfermos mentales del Hospicio de la Misericordia en la construcción del Asilo Colonia de Magdalena, siendo ésta la primera experiencia de este tipo en nuestro medio.

El primero de Enero de 1918 se inauguró el Asilo Colonia de Magdalena, sin haberse terminado las instalaciones, nombrándose como Medico al Dr. Hermilio Valdizán Medrano por el lapso de 6 meses para luego asumir el cargo de Director y como médico asistencial al Dr. Baltazar Caravedo Prado y con la colaboración de las Religiosas de San Vicente de Paúl.

El primero de Enero de 1919, fue nombrado Inspector del Asilo Colonia de Magdalena al Sr. Víctor Larco Herrera, durante los 3 primeros meses; insinuo, sugirió, y suplico a las religiosas para que cambien de actitud frente al enfermo mental, mas al no ser aceptado por las religiosas, estas fueron cesadas de su cargo y tuvieron que abandonar el asilo Colonia de Magdalena.

En vista de que la Beneficencia no contaba con los recursos económicos necesarios para hacer la implementación del Asilo Colonia, acorde con la nueva orientación, Don Víctor Larco Herrera hizo donativos económicos que permitieron terminar la edificación de los diferentes pabellones para albergar cómodamente a los enfermos, construir la planta física de la unidad Administrativa, la edificación del pabellón de admisión, del pabellón de hidroterapia con todos sus servicios, la instalación de un laboratorio debidamente equipado para la investigaciones anátomo patológicas y químicas, la compra de equipo médico, mobiliario, equipo de oficina, impresiones, vajillas de recreación y material de

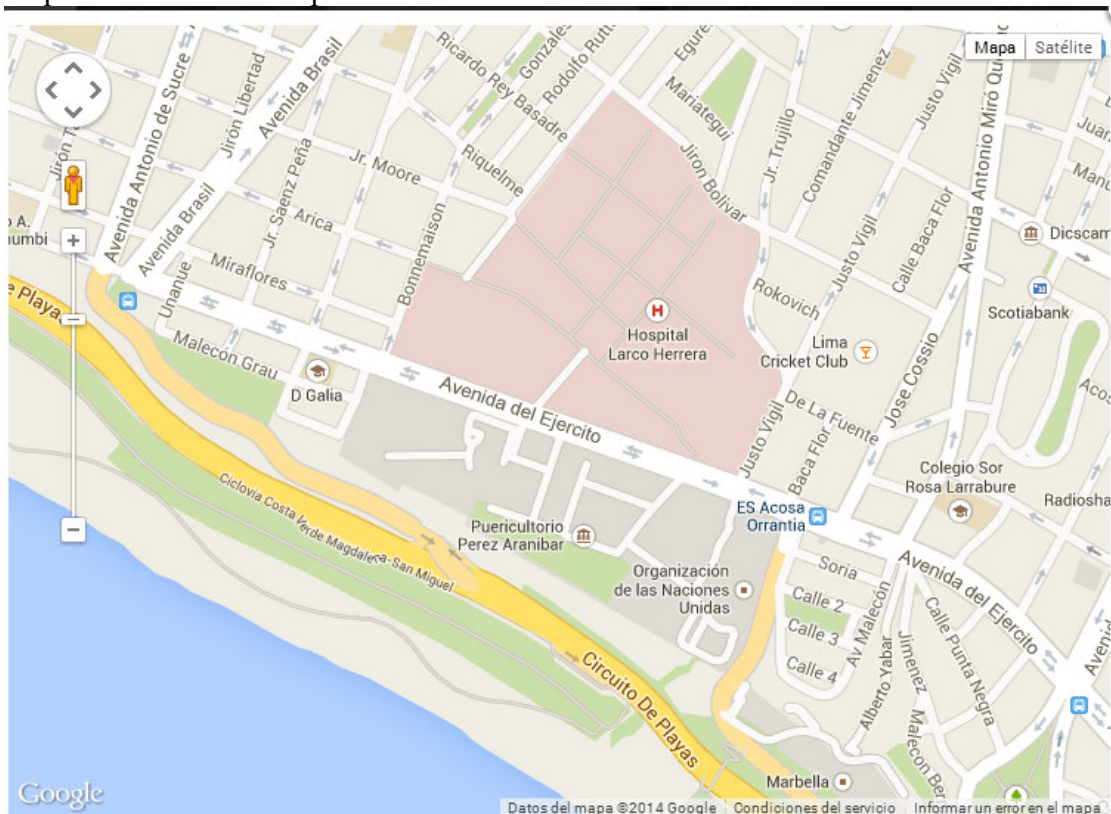
lectura, etc. Además puso a disposición del cuerpo Médico, un automóvil encargándose del sostenimiento de éste. Dió a los pabellones aspecto de residencias alegres, cuyo mobiliario y decorado alejara del espíritu, la idea de enfermedad. La organización del establecimiento permitió implantar una asistencia más humanitaria. Al principio las hermanas de la Caridad tenían a su cargo la parte administrativa y el cuidado de los enfermos. Posteriormente se estableció una administración laica. La Beneficencia Pública contrató los servicios de enfermeras inglesas quienes, por su preparación, espíritu de disciplina y alto concepto de la responsabilidad contribuyeron a la mejor organización de la asistencia. A fines de 1930, se modifica la denominación de Asilo de Magdalena por el de Hospital “Víctor Larco Herrera” en nombre del distinguido filántropo. En Junio de 1966 el Hospital fue transferido por la Beneficencia Pública de Lima al Ministerio de Salud, hasta a la que hoy pertenece.

El Hospital “Víctor Larco Herrera” ostentó el prestigio de ser el Primer Centro Psiquiátrico en Latinoamérica en aplicar los más modernos tratamientos de la época. Fue el único Centro Asistencial de la especialidad para la atención de pacientes en todo el país hasta 1961. Desde su fundación el Hospital “Víctor Larco Herrera” ha cumplido una importante labor docente, iniciada con la obra de Hermilio Valdizán en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y continuada luego, con singular suceso, por Honorio Delgado.

El Hospital “Víctor Larco Herrera” es un Hospital Especializado en la Atención Psiquiátrica y en la Promoción de la Salud Mental, alberga el mayor número de pacientes de todos los hospitales en general; es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad en concordancia con lo dispuesto en la Ley N° 27657 –Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA. Además de su labor asistencial, el hospital cumple una intensa e importante labor docente en el ámbito de la psiquiatría, psicología, enfermería y servicio social.

A lo largo de su historia ha tenido una labor intensa, con momentos gloriosos y también momentos críticos derivados de las limitaciones económicas, de la sobrepoblación y desde la década del cincuenta, del deterioro de su infraestructura y su modelo de atención que no se adaptaba al cambio de los tiempos. Esto motivo que el hospital atravesara etapas de crisis y reorganizaciones.

Mapa de Ubicación Hospital “Víctor Larco Herrera”



Mapa de ubicación

VISION DEL HOSPITAL “VICTOR LARCO HERRERA”

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 mental, de acuerdo a los estándares de calidad.

MISION DEL HOSPITAL “VICTOR LARCO HERRERA”

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.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES

a) Incrementar el acceso de la Atención Psiquiátrica y de la Promoción de la Salud Mental en condiciones de oportunidad y acceso universal, con equidad, eficiencia y calidad.

b) Prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas psiquiátricas coordinando las acciones de salud mental comunitaria con los componentes del Sistema Nacional y Coordinado de Salud.

c) Educar a la población sobre los factores predictivos, los factores de riesgo y los factores de resiliencia o protección de las principales enfermedades psiquiátricas y problemas de salud mental.

d) Integrar a los usuarios psiquiátricos de muy limitados recursos económicos que demandan atención en gran porcentaje al Hospital al Seguro Integral de Salud.

e) Uso racional de psicofármacos y ampliación del acceso a la población de menores recursos.

f) Brindar tratamiento y rehabilitación psiquiátrica integral de excelencia con criterio uniforme y basado en las evidencias científicas a la población que acude al Hospital, estableciendo el cumplimiento de las normas y protocolos de tratamiento y rehabilitación de un moderno establecimiento hospitalario.

g) Reestructurar integralmente los sistemas administrativos y operativos del Hospital para brindar una atención de calidad a los pacientes y sus familias.

h) Convertir al Hospital en un centro de referencia y contra referencia integrándolo al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

i) Implementar políticas comunes con las otras instituciones psiquiátricas y de salud mental.

j) Apoyar actividades de capacitación, docencia e investigación.

OBJETIVOS FUNCIONALES GENERALES

- a) Lograr la recuperación de la Salud Mental y la rehabilitación de los Deterioros, discapacidades y minusvalías de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Salud Mental Comunitaria, Hospitalización y Emergencia.
- b) Defender la vida y proteger la salud mental de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c) Lograr la identificación y control de los factores predictivos de las enfermedades psiquiátricas, la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud mental; y, contribuir a fortalecer los factores de protección o resiliencia de la salud mental.
- d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia.
- e) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando el campo psiquiátrico y de salud mental, y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las universidades e instituciones educativas, según los convenios respectivos.
- f) Investigar los factores predictivos, de riesgo y resiliencia de las enfermedades psiquiátricas en la comunidad y a nivel hospitalario para contribuir a fundamentar las intervenciones de atención psiquiátrica y de promoción de la salud mental en las evidencias científicas.
- g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.

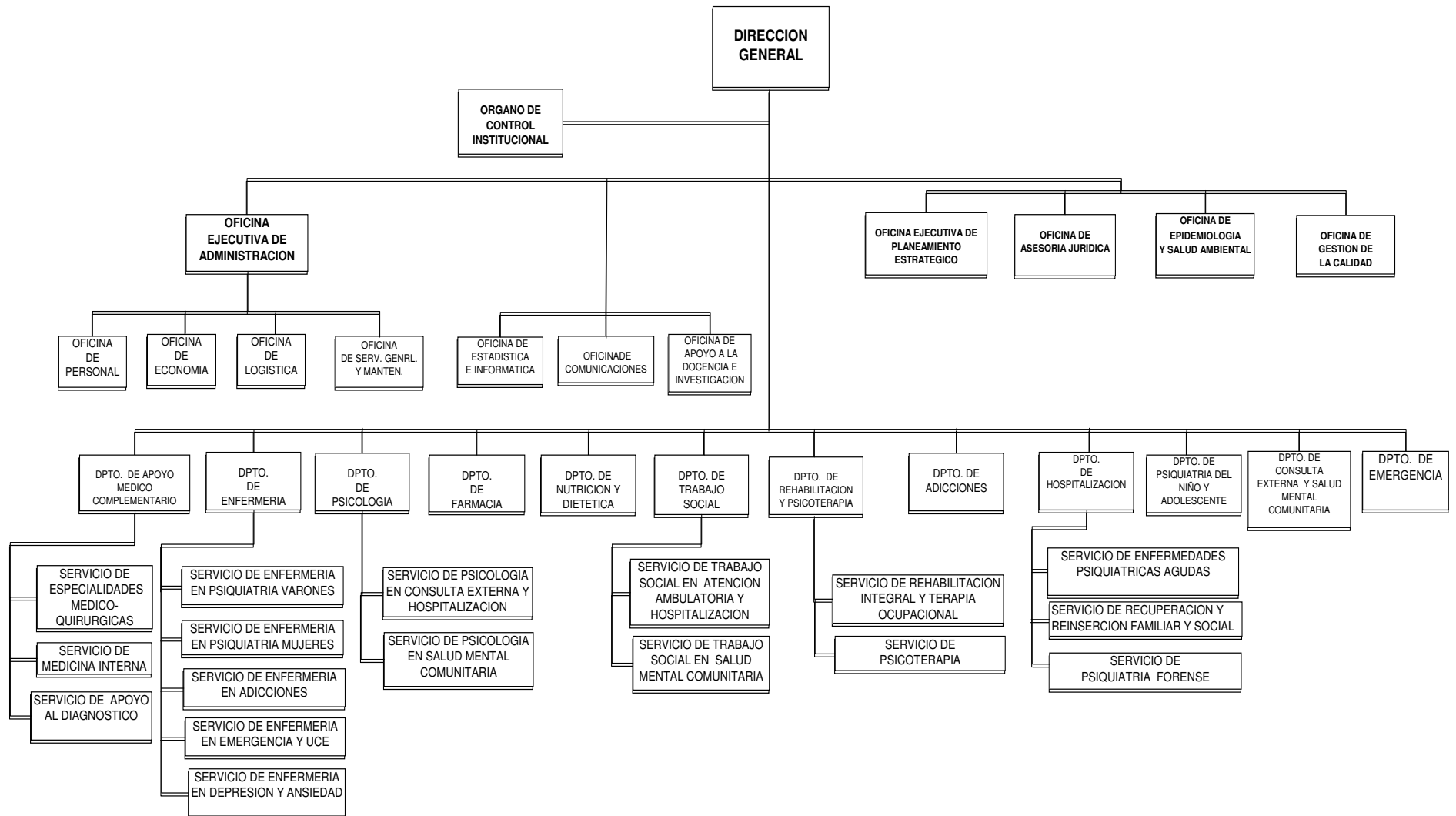
ESTRUCTURA ORGANICA

Para el cumplimiento de su Misión y lograr sus Objetivos Funcionales el Hospital cuenta con la Estructura Orgánica siguiente:

- A. Órgano de Dirección. - Dirección General.
- B. Órgano de Control. - Órgano de Control Institucional.
- C. Órganos de Asesoramiento.
 - Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - Oficina de Asesoría Jurídica.
 - Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
 - Oficina de Gestión de la Calidad
- D. Órganos 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.
 - . Servicio de Especialidades Médico-Quirúrgicas.
 - . Servicio de Medicina Interna.
 - . Servicio de Apoyo al Diagnóstico.
 - Departamento de Enfermería.
 - . Servicio de Enfermería en Psiquiatría Varones.
 - . Servicio de Enfermería en Psiquiatría Mujeres.
 - . Servicio de Enfermería en Adicciones. 8
 - . Servicio de Enfermería en Emergencia 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 Adolescente.
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental y Comunitaria.
- Departamento de Emergencia.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO "VICTOR LARCO HERRERA"



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Base Legal

- El 04 de Junio de 1979 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” y se constituyo 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 Reglamento de Organización y Funciones 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.

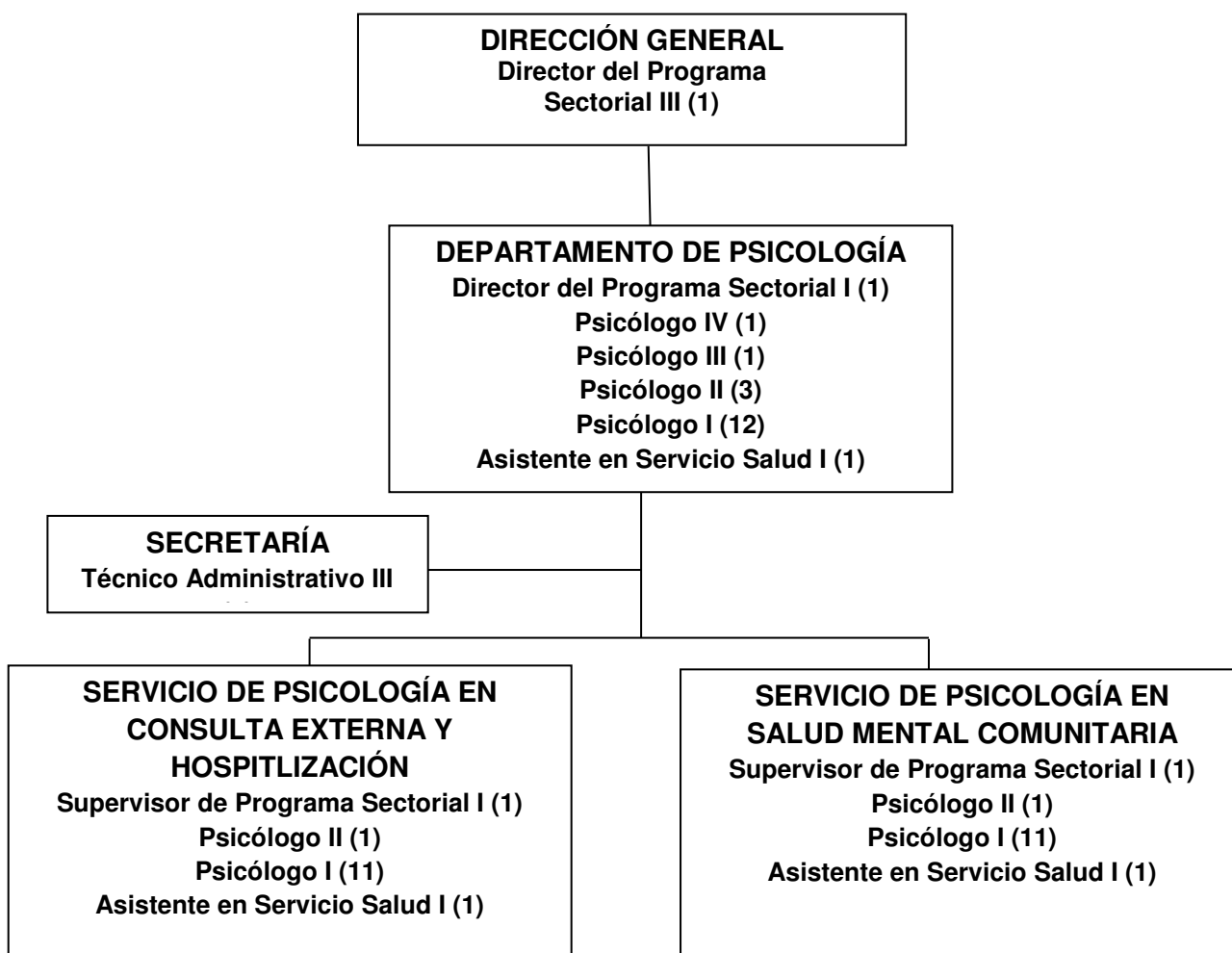
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

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 definiendo y limitando de modo que exista independencia y separación de funciones; así como considerando los criterios de Autoridad, Responsabilidad y Trabajo en equipo; en cuanto a las Líneas de Autoridad.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL

El Departamento de Psicología se encuentra en el Tercer Nivel del Organigrama Estructural, depende Directamente de la Dirección General del HOSPITAL VICTOR 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.



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



El 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.

SERVICIO DE PSICOLOGIA EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION:

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; bajo convenios estructurados entre las universidades, el hospital y el ministerio de salud.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Se lleva a cabo en los tres servicios, siendo el de mayor permanencia y en horario de lunes a viernes de 8 am. 2 pm. en el servicio Hospitalización.

El servicio de hospitalización “Pabellón 20” es la construcción más moderna del hospital, inaugurada en el año 1950, es un servicio para mujeres en edades de 18 a 70 años, pero excepcionalmente se admitió la hospitalización de menores de edad de 14 a 18 años a partir del año 1012. Es un servicio con capacidad para 60 camas, con diferentes niveles de internamiento; siendo la sala de iniciales con 10 camas, y es para las pacientes que ingresan de consulta externa o de emergencia, con sintomatología florida; la sala de intermedios con capacidad para 30 camas y se encuentran las pacientes con evolución favorable de sus síntomas motivo de ingreso; y la sala de mínimos con capacidad para 20 camas y es para las pacientes con sintomatología en remisión, con mejores habilidades sociales y con permisos a sus domicilios para evidenciar y/o constatar su progreso; así como realizar el programa de alta. La estancia es corta de dos a tres meses; sin embargo por la aceptación y presión del poder judicial se tiene 9 paciente en proceso judicial de aproximadamente 4 años; y de diferentes diagnósticos, condición social, económica y que no tengan seguro de Essalud. Este servicio cuenta con tres psicólogos, uno de forma rotativa y mensual hace la labor de coordinador quien asigna pacientes de modo equitativo según ingreso o reingreso de pacientes.

Actividades en el Servicio de Hospitalización (Pabellón 20)

- 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 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.
- Adjuntar el informe Psicológico a la historia clínica.
- Tratamiento Psicoterapéutico individual para los pacientes asignados a mi cargo y de acuerdo a las necesidades del caso en estudio.
- Tratamiento psicoterapéutico grupal para los pacientes internados en el servicio de las salas de intermedios y sala de mínimos y hacer el registro en el protocolo correspondiente para luego 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 iniciales 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.
- Intervención Familiar
- Programa psicoeducativo dirigido a impartir información y conocimientos sobre la enfermedad, evolución, y acciones terapéuticas alternativas para cada caso según programación multidisciplinaria.
- 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.

TABLA N° 01

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2012: SERVICIO HOSPITALIZACIÓN

Mes	Usuario			Total	Diagnóstico						Total
	N	C	R		F20	F31	F06	F32	F42	F60	
Enero	2	12	4	18	14	2	1			1	18
Febrero				0							0
Marzo	2	18	4	24	18	1	1	1	2	1	24
Abril	2	20	5	27	20	3	1	1	1	1	27
Mayo	4	19	4	27	19	2	2		2	2	27
Junio	2	19	4	25	17	3	1		1	3	25
Julio	3	19	3	25	19	4				2	25
Agosto	5	19	3	27	18	5	2			2	27
Septiembre	2	17	4	23	17	3			2	1	23
Octubre	3	17	3	23	13	5	4			1	23
Noviembre	1	17	4	22	13	5			2	2	22
Diciembre	3	16	2	21	14	4	1		1	1	21
Total	29	193	40	262	182	37	13	2	11	17	262

*Mes de Febrero: Vacaciones

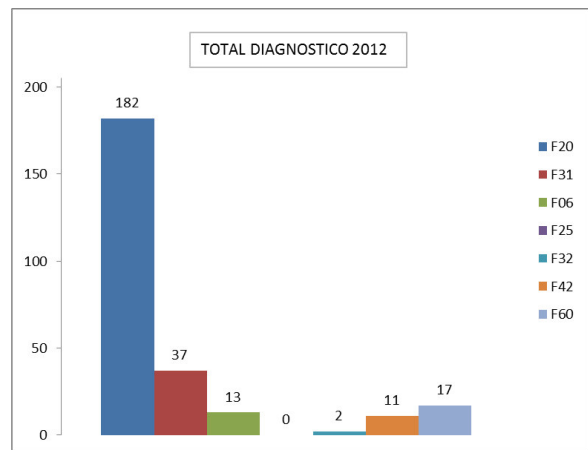
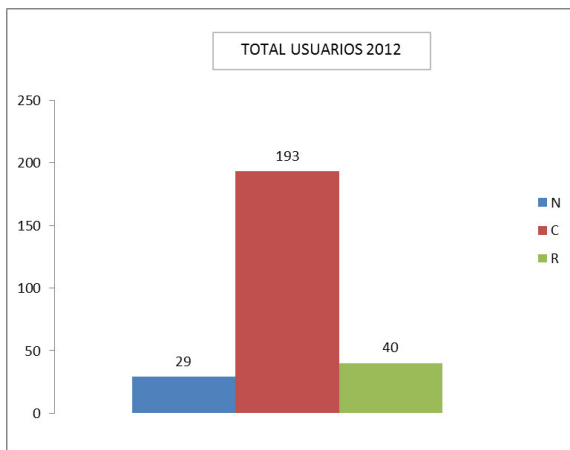


Gráfico: Servicio Hospitalización año 2012

TABLA N° 02

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2012: SERVICIO HOSPITALIZACIÓN

Mes	Actividades							Edades				
	96100	U101	U136	U331	U144	U1431	90806	Total	14 - 20	20 - 40	40 - 60	Total
Enero	8	26	36	5	30	8	3	116	6	7	9	22
Febrero								0				0
Marzo	6	14	39	2	28	8	2	99	5	8	9	22
Abril	9	38	36	7	36	8	1	135	7	7	10	24
Mayo	13	43	32	7	34	8	1	138	7	7	8	22
Junio	8	32	38	5	30	8	1	122	7	7	5	19
Julio	9	34	32	6	29	8	1	119	7	7	5	19
Agosto	8	44	42	8	36	8		146	7	11	5	23
Septiembre	6	30	29	6	56	8		135	3	12	4	19
Octubre	6	33	30	6	54	8		137	2	8	6	16
Noviembre	4	35	42	4	56	8		149	2	8	6	16
Diciembre	8	28	36	5	42	8		127	4	8	6	18
Total	85	357	392	61	431	88	9	1423	51	83	64	198

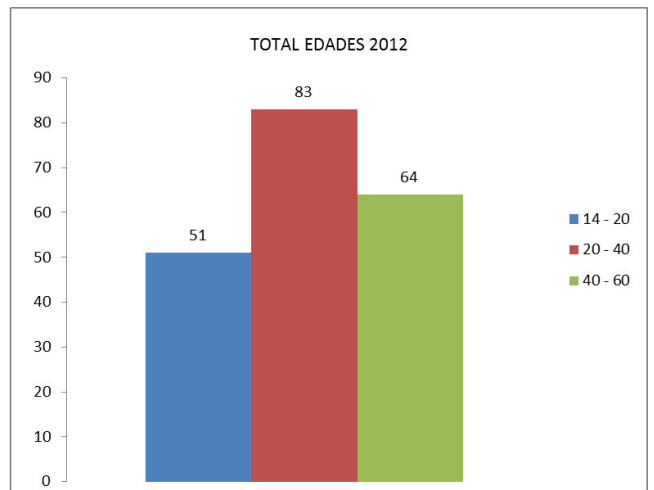
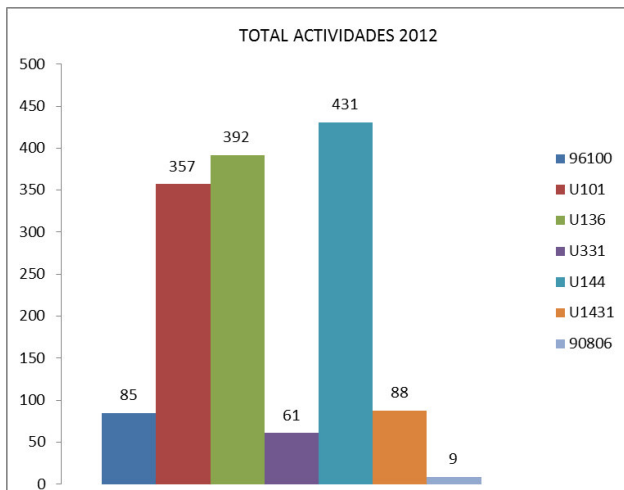


Gráfico: Servicio Hospitalización año 2012

TABLA N°03

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2012: SERVICIO CONSULTA EXTERNA

Mes	Usuario			Total	Actividades							Total
	N	C	R		96100	U101	U136	U331	U144	U1431	90806	
Enero		1		1								0
Febrero				0								0
Marzo	1	1		2	2	11	2		2		1	18
Abril				0								0
Mayo				0								0
Junio		1		1			1				1	2
Julio	3	9		12	6	25	9		6		5	51
Agosto	1	12		13	2	20	8		8		4	42
Septiembre	1	2		3	1	6	3		3		1	14
Octubre				0								0
Noviembre				0								0
Diciembre				0								0
Total	6	26	0	32	12	62	23	0	19	0	12	127

*Mes de Febrero: Vacaciones

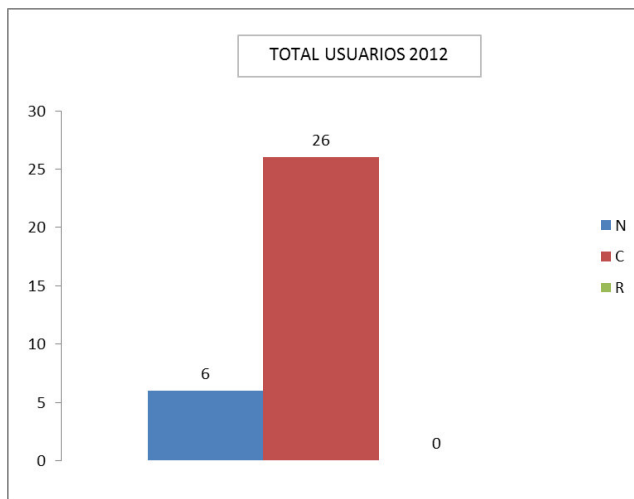


Gráfico: Servicio Consulta Externa año 2012

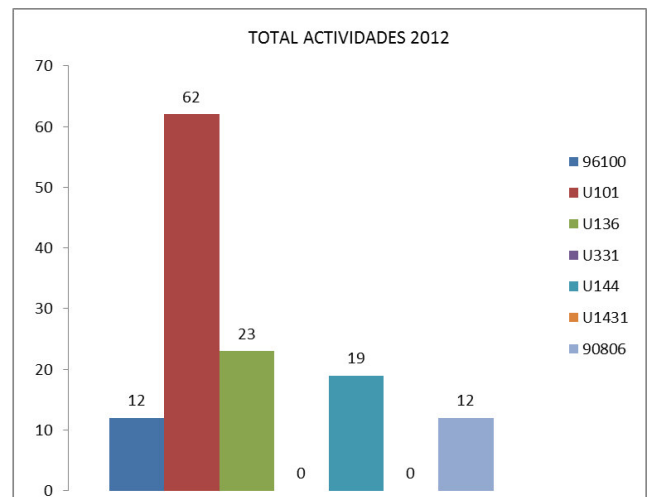


TABLA N°04

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2013: SERVICIO HOSPITALIZACIÓN

Mes	Usuario											
	N	C	R	Total	F20	F31	F06	F25	F32	F42	F60	Total
Enero	2	19	4	25	20	2	1				2	25
Febrero	3	18	2	23	15	5					3	23
Marzo	1	18	3	22	16	5			1			22
Abril	4	17	3	24	18	1	2	2			1	24
Mayo	3	17	1	21	18			2		1		21
Junio	2	16	4	22	20			1		1		22
Julio	3	15	3	21	16	3		1			1	21
Agosto	2	15	3	20	15	3		1			1	20
Septiembre	3	14	3	20	13	5					2	20
Octubre	3	15	4	22	19	2					1	22
Noviembre	3	14	3	20	17	2					1	20
Diciembre	3	11	3	17	14	1	1				1	17
Total	32	189	36	257	201	29	4	7	1	2	13	257

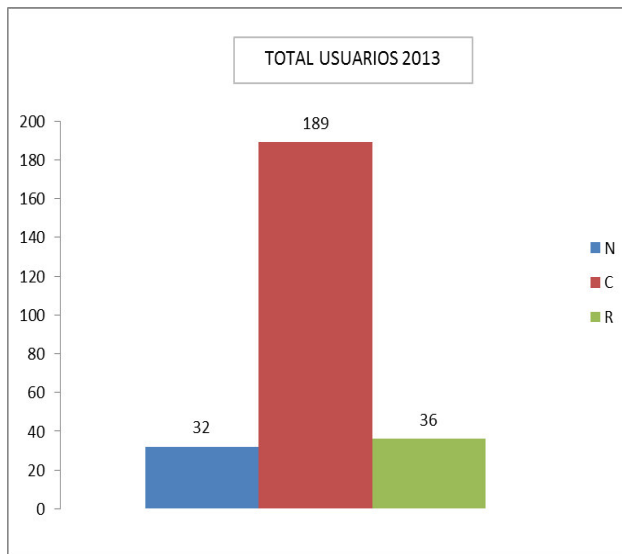


Gráfico: Servicio Hospitalización año 2013

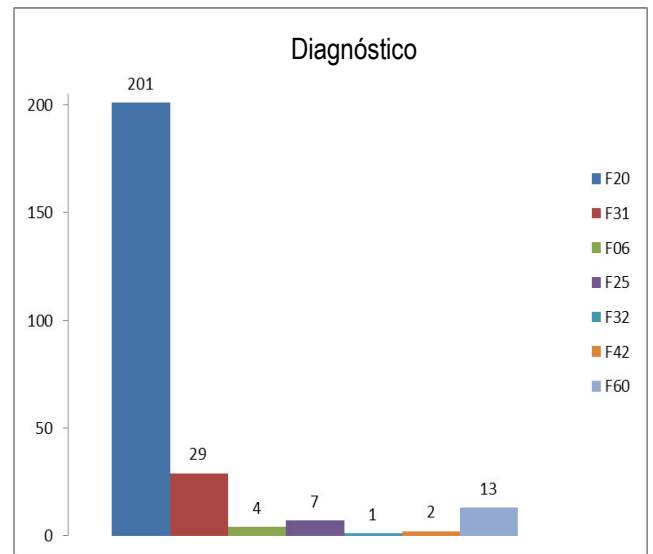


TABLA N°05

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2013: SERVICIO HOSPITALIZACIÓN

Mes	Actividades							Total	Edades			Total
	96100	U101	U136	U331	U144	U1431	90806		14 - 20	20 - 40	40 - 60	
Enero	10	36	39	6	49	8	2	150	9	8	8	25
Febrero	8	38	38	6	46	8	2	146	6	10	7	23
Marzo	5	25	38	9	40	8	3	128	2	5	5	12
Abril	11	5	36	5	38	8	2	105	9	10	5	24
Mayo	7	39	38	5	39	8	3	139	6	12	3	21
Junio	6	30	36	6	39	8	4	129	6	13	3	22
Julio	9	22	32	3	28	8	1	103	6	12	3	21
Agosto	7	32	38	6	26	8	1	118	7	10	3	20
Septiembre	9	32	44	6	32	8	1	132	7	11	2	20
Octubre	10	39	36	6	32	8	3	134	8	9	5	22
Noviembre	9	29	46	5	38	8	2	137	6	9	5	20
Diciembre	9	21	32	2	18	8	1	91	6	6	5	17
Total	100	348	453	65	425	96	25	1512	69	107	46	222

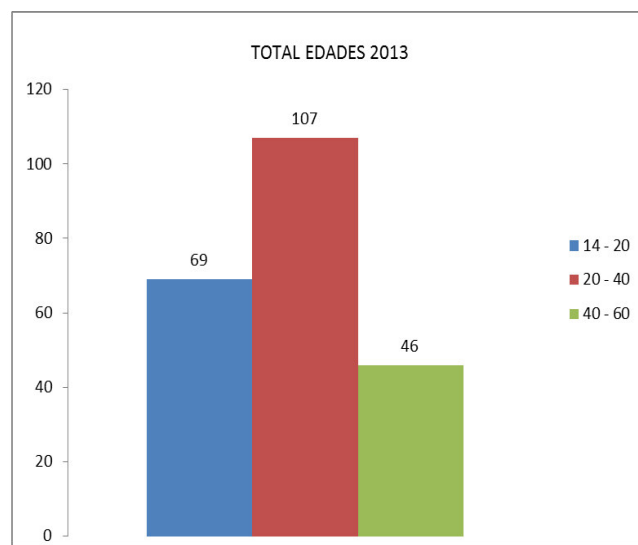
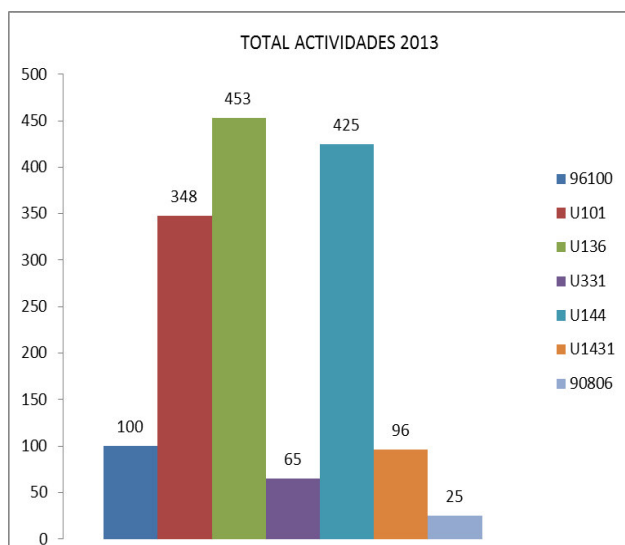


Gráfico: Servicio Hospitalización año 2013

TABLA N°06

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2013: SERVICIO CONSULTA EXTERNA

Mes	Usuario											
	N	C	R	Total	96100	U101	U136	U331	U144	U1431	90806	Total
Enero	1	1		2	1	5	7		2		2	17
Febrero	5	6		11	10	33	7	1				51
Marzo	3			3	6	13	9	5	4		3	40
Abril	3	8		11	6	25	11	3	2		1	48
Mayo	1	3		4	2	6	3	3	1		1	16
Junio	1	8		9	2	6	7	1	4		2	22
Julio	1	10		11	2	6	6	1	2		1	18
Agosto	2	11		13	4	12	12	1	6		4	39
Septiembre	1	11	1	13	4	6	8	1	7		6	32
Octubre	1	12		13	1	6	9	1	5		4	26
Noviembre	4	6		10	8	22	9	1	3		2	45
Diciembre	1	10		11	2	6	7	4	2		1	22
Total	24	86	1	111	48	146	95	22	38	0	27	376

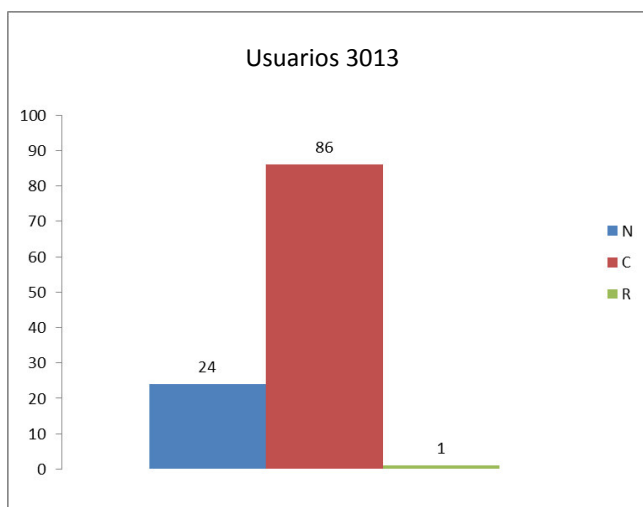
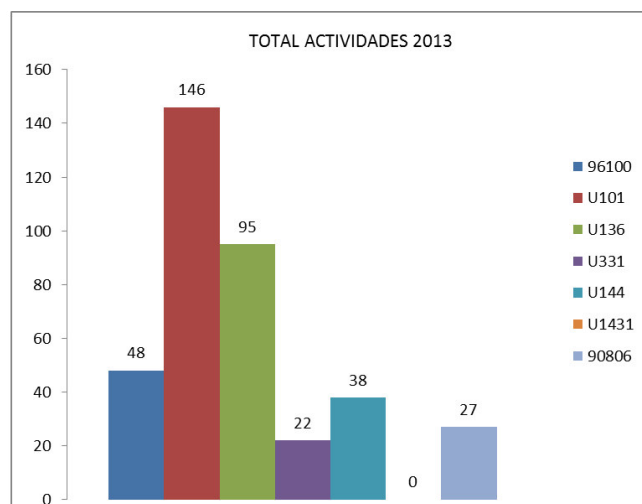


Gráfico: Servicio Consulta Externa año 2013



Códigos de los trastornos mentales según el CIE-10

Código	Trastornos mentales y del Comportamiento CIE 10 OMS
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral ó a enfermedades somáticas.
F20	Esquizofrenia
F25	Trastornos Esquizoafectivos
F31	Trastorno Bipolar
F32	Episodio Depresivo
F42	Trastorno Obsesivo compulsivo sin especificación
F60	Trastornos específicos de la Personalidad

Códigos a registrar de las actividades realizadas en los servicios de Hospitalización y consulta externa; según la Disa V - MINSa

Código	Descripción
96100	Consulta Psicológica (UPA)
U144	Terapia Psicológica Individual, Rehabilitación Psicosocial
U1441	Sesión de Terapia Individual
U101	Aplicación de Test Psicológicos
U136	Consejo y Orientación Psicológica
U331	Elaboración del Informe Psicológico
U 1431	Terapia Grupal Relajación, Terapia por el Arte, otras
90806	Psicoterapia Cognitivo Conductual y/o Racional Emotiva

*Cabe anotar que el total de las actividades desarrolladas en hospitalización no son registradas, por no tener códigos registrados por el Ministerio de Salud

SERVICIO DE PSICOLOGIA 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.

ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE COMUNITARIA:

Objetivos Funcionales.

- Brindar atención psicológica de prevención y promoción de la salud mental comunitaria o en situación de emergencia del paciente, familia y comunidad.
- Promover y desarrollar actividades para el cambio social y desarrollo humano fomentando estilos de vida saludables.
- Brindar servicios preventivos indirectos a través de consejerías, psicoterapias breves, intervenciones en crisis y actividades psicoeducativas.
- Prestar rehabilitación psicosocial al paciente, para el desarrollo de sus discapacidades y estimulación de sus potencialidades.
- Apoyar en la capacitación de psicología en temas de su competencia.
- Efectuar la programación de la atención psicológica en coordinación con los departamentos de Salud Mental Comunitaria, Emergencia y Rehabilitación.
- Efectuar la investigación en psicología y apoyar la docencia en el campo de su competencia.

TABLA N° 01

*INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2012:
SERVICIO COMUNITARIA*

Mes	Actividades			
	U11.0	U12.0	U13.2	Campaña
Enero	0	1	0	2
Febrero	0	0	0	0
Marzo	1	1	0	1
Abril	0	1	0	1
Mayo	1	2	1	3
Junio	0	1	0	1
Julio	0	1	1	1
Agosto	0	0	0	0
Septiembre	0	1	0	1
Octubre	0	1	0	1
Noviembre	0	1	1	2
Diciembre	0	0	0	0
Total	2	10	3	13

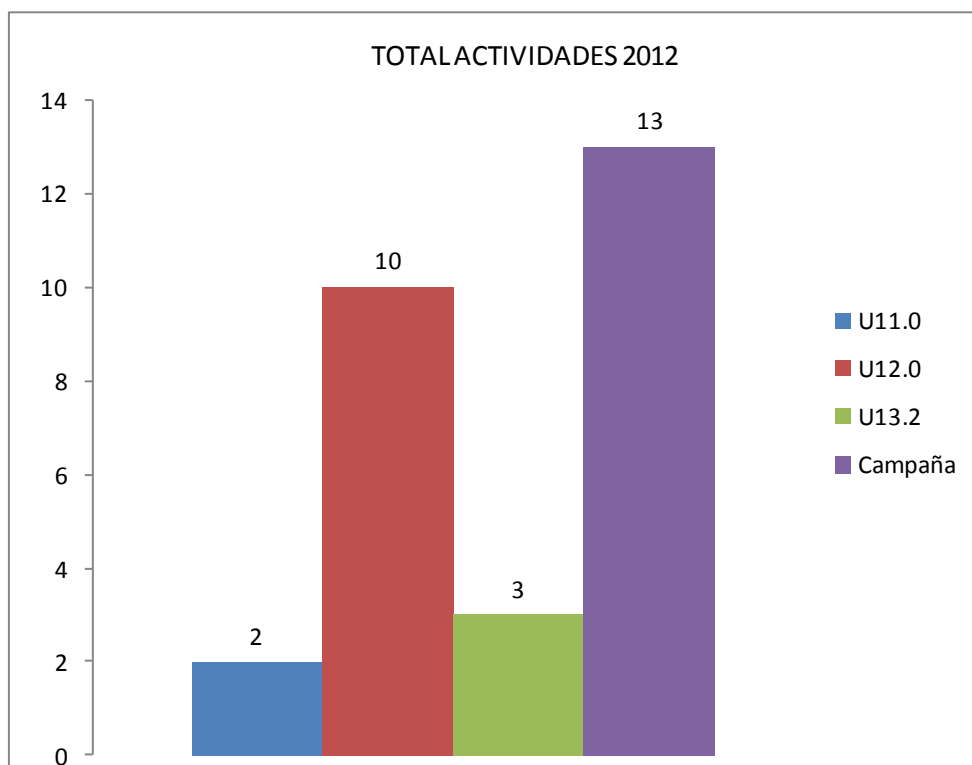


Gráfico N° 01 Servicio Comunitario 2012

TABLA N°02

*INFORME MENSUAL DE ATENCIONES AÑO 2013:
SERVICIO COMUNITARIA*

Mes	Actividades			
	U11.0	U12.0	U13.2	Campaña
Enero	0	0	1	1
Febrero	0	0	1	1
Marzo	0	0	1	3
Abril	0	0	0	1
Mayo	2	0	1	1
Junio	0	0	1	3
Julio	0	0	1	1
Agosto	0	0	0	1
Septiembre	1	0	1	1
Octubre	0	0	1	2
Noviembre	0	0	1	1
Diciembre	0	0	1	1
Total	3	0	10	17

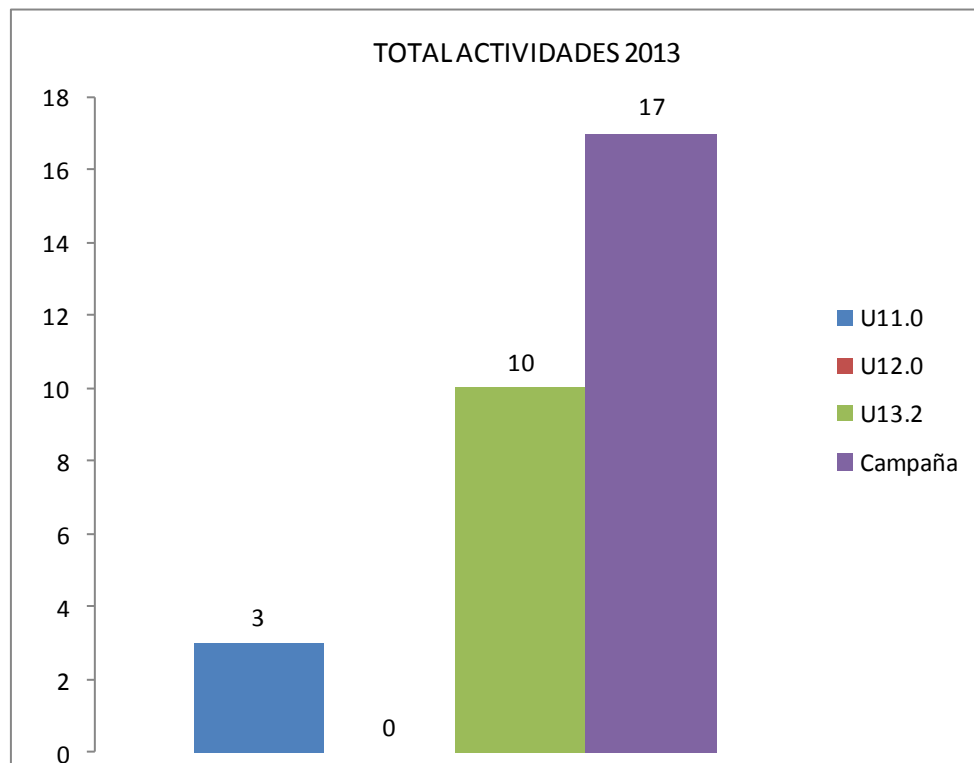


Gráfico N° 02

Código	Descripción
U11.0	Charla Educativa
U12.0	Sesión Educativa
U13.2	Sesión de Consejería en Salud Mental
Sin Código	Campaña de Promoción y Prevención

Procedimientos: Batería de test Psicométricos

- Inteligencia:
 - Escala de Inteligencia para adultos Wechsler-R.
 - Test de Matrices Progresivas de Raven.
- Organicidad:
 - Test de Retención Visual de Benton
 - Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Personalidad:
 - Inventario Multiaxial de Millon II
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover
 - Test de Frases Incompletas.
 - Inventario de Personalidad de 71 ítems Mini-Mult.
 - Inventario de Personalidad de Eysenck Forma –B
 - Test del Árbol
 - Test de Asociación de Palabras
 - Test Caracterológico de Gastón Berger.
 - Test de Frases Incompletas
 - Test de los Colores
- Otros:
 - Mini Mental
 - Inteligencia Emocional de Baroon
 - Escala de Ansiedad de Zung
 - Escala de Depresión de Zung
 - Inventario de Intereses Vocacionales hacia carreras específicas – Vivanco
 - Inventario de Preferencias Profesionales.

Área de Inteligencia:

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler WAIS-R

- Autores : David Wechsler, A. Kauffman
- Forma de Aplicación : Individual
- Duración : Variable, en torno a 02 horas
- Edad de Aplicación : Adultos de 16 a 89 años
- Objetivo : Medir la habilidad o nivel intelectual

Test de Matrices Progresivas de RAVEN

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

Inventario de Cociente Emocional ICE BARON

- Autor : Reuven BarOn
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 20 – 50 min.
- Edad de Aplicación : 16 años en adelante
- Objetivo : Evalúa la inteligencia emocional y está compuesto por cinco dimensiones: Intrapersonal, interpersonal, manejo de estrés, estado de ánimo, adaptabilidad o ajuste.

Área Visomotriz

Test Guestáltico Visomotor de BENDER (B.G)

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

Test de Benton

- Autor : Artuhur L. Benton
- Forma de Aplicación : Individual
- Duración : 05 minutos
- Edad de Aplicación : De 08 años a mas.
- Objetivo : Detección de anomalías en la percepción visual, memoria visual y las habilidades visoconstructivas.
- Baremos : Diferenciar por edad, cociente intelectual pre mórbido estimado en los que se establecen distintos puntos de corte de cada tipo de aplicación.

Área de Personalidad:

Test del Árbol

- Autor : Karl Koch
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva

- Duración : No hay límite de tiempo
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- Objetivo : Apreciación proyectiva de problemas de evolución y adaptación en diversos rasgos de personalidad

Test del Dibujo de la Persona bajo la Lluvia

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

Inventario Multifasico de la Personalidad de Minesota. MINI- MULT

- Autor : J.k.Kincannon
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : De 20 a 45 minutos.
- Edad de Aplicación : De 16 a 55 años.
- Objetivo : Evalúa 4 escalas de validez y 8 escalas clínicas: Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía.

Test de la Figura Humana de Karen MACHOVER

- Autor : Karen Machover
- Forma de Aplicación : Individual o Colectiva

- Duración : 15 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Niños, Adolescentes y Adultos
- Objetivo : Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

Test de Frases Incompletas de SACKS

- Autor : Joseph Sacks
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 20 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Adultos
- Objetivo : Instrumento de tipo proyectivo. La información que brindan permite seleccionar al paciente para someterlo a una terapia y ofrece indicios de la dinámica de actitudes y sentimientos del paciente.

Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger (CCGB)

- Autor : Gaston Berger
- Forma de Aplicación : Individual y Colectivo
- Duración : 20 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y Adultos
- Objetivo : Determinar los tipos de personalidad

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.

Inventario de Estilos de Personalidad de Millon – MIPS

- Autor : Theodore Millon
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : Variable, en torno a 30 minutos
- Edad de Aplicación : 18 años en adelante
- Objetivo : Estudio de la Personalidad. Consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares organizadas a su vez en 3 áreas principales: tendencias motivacionales (permiten valorar la orientación personal hacia la obtención de gratificación del entorno), modos cognitivos (examinan distintos estilos de procesar la información) y finalmente, conductas interpersonales (permite describir la manera en que las personas se relacionan con los demás).

Área de Orientación Vocacional

Inventario de Intereses y Preferencias Profesionales IPP

- Autora : María Victoria De la Cruz.
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 30 - 60 min.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos (a partir de los 13 años)
- Objetivo : Apreciación de los intereses de los sujetos en 17 campos profesionales, teniendo en cuenta las profesiones y las tareas que integran cada uno de ellos.

Inventario de Intereses Profesionales y Ocupacionales CASM–83

- Autor : Luis A. Vicuña Peri.
- Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
- Duración : 40 min. Aprox.
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos (a partir de los 13 años)
- Objetivo : Explorar los intereses de los jóvenes y sus expectativas en el ámbito profesional y ocupacional.

CASO CLINICO: ANANMESIS:

DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombre y Apellidos N.N.
- Edad 28 años.
- Fecha de Nacimiento 20-11-1986.
- Lugar de Nacimiento Lima.
- Lugar de Residencia San Miguel –Lima.
- Grado de Instrucción Quinto de secundaria (no escolarizado).
- Ocupación Comerciante.
- Estado Civil Conviviente.
- Religión Católica.
- Vive con Conviviente e hija de él..
- Número de Hermanos Ninguno.
- Lugar de entrevista HVLH.
- Fecha de entrevistas 10 y 24/02/2014; 10/03/2014.
- Informantes Paciente, madre, padre y tía materna.
- Entrevistadora PS. María De la Torre Sobrevilla.

OBSERVACIÓN DEL PACIENTE: La paciente refiere llamarse N.N. pero prefiere que la llamen Meche que es su segundo nombre. Es una mujer que aparenta menos edad de la que tiene, de contextura delgada, espigada y estatura mediana, de tez morena, cabellos ensortijados largos que se deslizan por el rostro y de color negro.

Acude a las sesiones vestida y aliñada de acuerdo al estado anímico que presente, unas sumamente maquillada muy a la moda y con joyas llamativas, y en otras sesiones, sin maquillaje y descuidando las combinaciones de su vestimenta, con buzo y de escasos accesorios.

En la primera sesión se mostro ansiosa, se frotaba las manos y se observaban sudorosas, establecía contacto visual solo por momentos, cabizbaja, hablaba en tono de voz ligeramente bajo y escueto mientras hace gestos habituales de desagrado en el rostro y al preguntar sobre el motivo de consulta refiere situaciones irrelevantes y se mantiene callada por momentos largos agrega que jamás antes había asistido a conversar con una

Psicóloga, la expresión de su rostro es como de enojo, con el ceño fruncido, de mirada penetrante y por momentos sus ojos se enrojecían y contenía el llanto, en la postura de su cuerpo se observa cierta rigidez. Se le informa de las condiciones de cómo se llevaría a cabo las sesiones que incluyen evaluación psicológica, la terapia que se requiera bajo el corte cognitivo conductual e indicándole el número de las posibles sesiones requeridas. Acepta las condiciones y firma el consentimiento respectivo.

En la segunda sesión al inicio se muestra poco comunicativa y conforme iba avanzando la entrevista su lenguaje era más productivo, se observaban sus manos sudorosas y se las frotaba, contenía las lagrimas en sus ojos y se mostraba evitativa de profundizar sus emociones y sobre todo de expresarlas.

Después de expresarle la necesidad de comunicarnos, decide mostrarse más expresiva; rompe en llanto y luego de ello expresa “ahora es la primera vez que cuento a alguien sobre lo que me sucede” “nunca tuve una amiga íntima “Yo era como una capa dura de hielo que me comía todo, no contaba a nadie nada de lo que me pasaba y de lo que sentía, sólo lloraba y recuerdo que era una vez al año que lloraba y lloraba y no hablaba con nadie”

Acude a las siguientes citas con puntualidad y conforme avanzaban las sesiones acudía con mejor alíño; y va refiriendo el conflicto que va teniendo con cada uno de sus padres por el consumo de alcohol y de drogas por parte del padre, además de la dificultad que tiene para encontrar sentido a su vida y en la búsqueda de una relación de pareja estable.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta por consejo y bajo cierta presión de su amiga Mari y es quien saca la cita por verla de mal humor, inquieta y ansiosa.

Refiere: “Estoy fuera de serie, estoy sin rumbo, no sé con quién estar en compañía, si es con amigas de mi edad ó con personas más mayores, ya no me gustan las discotecas y detesto de que donde vaya tomen licor, me pongo inquieta, ansiosa, triste al recordar que mis padres y familiares consumen licor en exceso y luego tengan pleitos, sobre todo que mi papá y mamá tomen y luego hagan encádalos; ante todo eso me siento muy intranquila, me pongo a temblar, no sé qué hacer, camino de un lado a otro frotándome las manos o hasta abrazándome, me preocupo por lo que puedan hacer o suceder

posteriormente. Con frecuencia cuando llego a Puente Piedra encuentro a mi mamá que está tomando en la tienda con su conviviente y amigos y tengo que ver que sus amigos se retiren y cerrar la tienda y llevarla a ella a su cuarto; atenderla porque su conviviente por lo general la deja y se va a dormir, yo no puedo dormir cuando ella toma licor, me siento inquieta pensando en que si se va a dormir o se va a levantar para insultarme y me saca en cara todo lo que hizo o trabajó por mí en el transcurso de toda mi vida: pero ahí yo pienso de que ella no me crió, sino mi tía Sonia (hermana menor de su mamá), pero ella dice que le daba dinero para que pudiésemos tragar todos tanto su familia como yo, mi tía me crió desde los 3 años hasta los 16 años que mi tía viaja a Japón y me quede sola y sin compañía, en casa de la abuela.

Me sudan las manos, amezco de mal humor, todo me molesta, todo me fastidia, no encuentro paz, duermo donde me llega la noche, duermo en San Miguel en casa de mi papá y sus hermanos ó en casa de mi amiga Meche; ó en Puente Piedra en casa de mi mamá, ahí si tengo dormitorio y mis cosas, pero que no me dan ganas de estar ahí, porque nadie se interesa por mí, no conversamos, ni hablamos y a su conviviente ni le hablo, sólo nos saludamos, él no deja que mi papá me llame por teléfono a la casa y eso me molesta porque mi mamá acepta eso, es por ello que también tengo la necesidad de tener mi celular.

“Cuando amanece el día me siento horrible, no quiero levantarme de la cama, he llegado a faltar al trabajo, miento al abuelito diciendo que estoy enferma por tal motivo mi abuela me critica”. “También tengo dificultades para dormir y me quedo viendo televisión hasta los 3 de la mañana”.

“También pienso en los fracasos que tengo con mis parejas, fracasos porque es la segunda vez que sucede”. “Mi primer compromiso y conviviente fue Claudio, vivimos en la casa de mi mamá por tres años, el estudiaba y a veces hacia algunos trabajos y traía algo de dinero, yo era quien trabajaba y mantenía la casa, al inicio fue una relación agradable, pero posteriormente él fue teniendo más compromisos con amigos que no me agradaban y por eso él iba sólo a sus reuniones, tomaba más de la cuenta y cuando estaba en esas condiciones no me agradaba verlo y trataba de evitar su presencia quedándome en la casa de mi papá o si él estaba en la calle le decía que era preferible que se quede en la casa de su mamá y que al día siguiente nos veríamos. Ella decide

terminar esa relación al descubrir una traición cosa que le dolió demasiado pero que lo supo sobrellevar.

Después de aproximadamente dos años que se dedico a trabajar e intentar mejorar sus relaciones familiares y condición económica; conoce a Pepe, quien es una persona de 48 años separado y con una hija de 12 años, quien le ofrece divorciarse para casarse con ella. Mantiene una convivencia de año y medio caracterizado por disfuncionalidad frecuente ocasionado por el exceso de consumo de licor y comportamiento agresivo (verbal) por parte de él; debido a las continuas discusiones le propuso que se separarían por una temporada para pensar mejor en la relación y en lo que podría ser mejor para ellos, pero pasados dos días le llama por teléfono en condición de ebriedad para insultarla con palabras gruesas y ofensivas y tratarla como una mujer cualquiera, escucha y no responde nada, luego reaccionó con llanto, rabia e impotencia pero toda esa reacción a solas; a los días nuevamente llama Pepe a decirle que si la había llamado mareado que no le hiciera caso porque ni él mismo se acordaba de lo que había hecho o dicho, la busca en el domicilio de su papá y tienen una cita como si nada hubiese pasado en la relación y vuelven a convivir, así continuaron por algunos días más saliendo a veces solos y en otras con su hija; sin embargo luego de dos semanas la vuelve a llamar por teléfono mareado y le refiere que esa relación no va a funcionar y que ahora sí la relación quedaba ahí nomás y que se vaya de su casa.

“Todas esas vivencias me deprimieron tuve pensamientos de “todos me dejan” “porque no puedo tener una relación estable”, sentí como que no valía nada que no tenía nada en la vida y que nunca más podría establecer una nueva relación”, se sintió muy desgraciada, faltó al trabajo, se quedo en su cuarto todo el día, descuido de su aseo, no se baño ni comió, porque ella ya se había acostumbrado a la supuesta vida en convivencia y que consideraba que ya tenía una familia, tomando en consideración a la hija de él.

Es así que ella no acepta que le terminaran la relación y piensa que no podrá vivir sin él y se mantiene aún así a la espera de una llamada telefónica, quedándose lo más cerca de él que era la casa de su papá o de su amiga Mary, lloraba constantemente, tenía pleitos continuos con quienes estaban en su entorno, por su mal humor, criticaba a todos, se

tornó más testaruda y agresiva verbalmente, y es en esas circunstancias que su amiga le sugiere tratarse tanto con psiquiatra como con psicólogo, y ella acepta.

2-Desarrollo cronológico de los síntomas:

La paciente no reconoce exactamente desde cuando experimenta síntomas más acentuados de depresión y ansiedad, sin embargo le parece claro que estos síntomas se agudizan hasta producirle consecuencias emocionales y sociales después de la primera relación sentimental, sin embargo recuerda vivencias de su vida al lado de sus padres, con quienes se sentía como abandonada, con carencia de afecto e interés por su persona, recuerda que su mamá le solicitaba a su tía (hermana menor de su mamá) que la lleve los días domingos a su restaurante que tenía en Puente Piedra y sin embargo era sólo para tenerla sentada sobre el mostrador al lado de la caja ó en caso contrario permanecía debajo del mostrador durmiendo. Recuerda que el permanecer en el restaurant era desagradable y casi siempre estaba con gestos de disgusto en el rostro, el ceño fruncido, los brazos cruzados con actitud caprichosa y rebelde

Desde muy niña observo discusiones y agresiones por parte de su padre a su madre cuando ambos se encontraban bajo los efectos del licor, lo mismo ocurría en la casa de su tía (hermana menor de su mamá) ya que sus tíos tomaban con frecuencia y terminaban en pleitos. Ella permanecía a veces con su prima o en otras ocasiones sola, oculta, acurrucada con miedo y llorando esperando que se termine el pleito.

No recuerda haber jugado con su mamá ni con su papá, porque su madre sólo se interesaba en ella y su padre fue una figura ausente, sus tíos eran indiferentes ante su presencia, sólo recibió atención y afecto por parte de su tía quien se preocupaba por sus intereses y le escuchaba sus preocupaciones, le aconsejaba sobre todo en sus años difíciles de adolescencia, hasta que viajó a Japón cuando ella tenía 16 años y refiere que le hizo demasiada falta, ya que se quedó al cuidado de la abuela quien era avara (la ropa y el dinero que enviaba su tía de Japón no le entregó nunca), demasiado drástica, abusiva y agresiva con ella, atacándola donde más le dolía que era ofendiendo a su padre. Agrega, lo que rebasó la gota del vaso y reacciono, fue cuando estaba en quinto de secundaria los primeros días de Julio haciendo una tarea en la puerta de su casa donde vivía con la abuela y tíos de parte de madre (no ingresaba a la casa con amigas porque la abuela no le permitía, ya que decía que la gente se iba a enterar de cómo

vivían); salió la abuela a insultarle delante de sus amigos a golpearla y tirarle la mochila en la cara y cabeza, ante eso, una de sus amigas fue a avisarle a su papá que vivía cerca y ante la presencia del padre, la abuela se enfureció mas y la boto de la casa y le dijo a su padre que se la lleve y se haga responsable de ella agrego que de esa casa no sacarían nada, ni útiles del colegio, y ciertamente no le entrego nada y se fue a vivir a la casa de la abuela paterna donde vivían todos sus tíos y primos, la acomodo en una cama provisional y precaria cerca al dormitorio de su padre, tuvo que ser cambiada a un colegio no escolarizado del callao según refiere por no tener los útiles. Meche dice era mejor vivir en esas condiciones precarias a soportar las actitudes y abusos de la abuela. Recuerda que tuvo que trabajar desde los 16 años para poder mantenerse ya que tanto su padre como madre no la apoyaban económicamente fue muy difícil poder tener mi dinero y que me alcance para lo que necesitaba: extrañaba muchísimo a su tía.

Posteriormente cuando tuvo 23 años se relaciono con Claudio, que al inicio para ella fue sumamente agradable pero luego se agregaron problemas al enterarse del consumo de drogas y alcohol de la mamá de Claudio y desde un inicio tuvieron malas relaciones con la familia de él, se sentía fastidiada, intranquila, de mal humor, lloraba con frecuencia a solas, pero que aún así apostó por salir adelante, ella trabajando y él estudiando, pero que jamás pensó que todo su esfuerzo fuera en vano porque él finalmente saco los pies del plato y nuevamente me vi sola frente a mis padres que también toman licor en exceso, hacen pleitos, viven su vida y yo no les intereso, por eso busco ahora en mi amiga Mari como que fuese mi madre, también me quedo a dormir en su casa cuando ella me invita, lloro a solas y no puedo dormir, tengo inseguridad, me sudan las manos y no se con quien contar, creo que ahora tengo a mi mamá Mari.

A los 26 años y aparentemente cerrada la herida, se relaciona con Pepe quien también toma licor de 3 veces por semana con el papá de Meche, él la trataba de forma ambivalente porque era agresivo verbalmente cuando estaba mareado sacándole los trapos al aire sobre su familia; y estando lúcido tenia detalles para con ella y ofreciéndole a la vez ciertas comodidades con las cuales “se sentía bien” hasta que por continuas peleas él mareado y agresivo y ella con sus arrebatos y caprichos deciden tomar cierta distancia con la idea de mejorar la relación, pero que al cabo de 15 días él le llama por teléfono mareado y le refiere que la relación se acabo.

Tratamientos Psicológicos y/o psiquiátricos recibidos anteriormente.

La paciente jamás recibió tratamiento alguno, pero que en la actualidad es atendida de forma paralela por un psiquiatra quien le receto lo siguiente: Paroxet, media tableta en la mañana Zatrix, un cuarto de tableta en la mañana y media tableta en la noche.

Opinión de la paciente sobre su problema actual

La paciente piensa que lo que le está sucediendo no lo entiende, ya que se siente un poco confusa, intranquila no se siente cómoda en ningún lugar. No encuentra respuestas a sus interrogantes pero que espera salir de “esto” a pesar de que trata de que su vida continúe como siempre pero que la gente la encuentra de muy mal humor y eso es lo que más le preocupa.

HISTORIA PERSONAL:

Desarrollo Inicial:

El parto fue por cesárea, habiendo tenido el cordón umbilical en el cuello y nació morada. La lactancia fue hasta los 9 meses y tomo biberón hasta los 6 años, según refiere la tía por ser mas practico y que así tomaba toda la leche. El control de sus esfínteres fue adecuado dejo los pañales al año y medio.

Su mamá le daba sus alimentos licuados, que luego tuvo problemas para comer las verduras, carnes; pero que luego con la forma de cuidado que tenían para con ella tuvo que comer al igual que todos, pero que sí era “eticosa”

Desarrollo psicomotor:

La tía refiere que gateo a los 4 meses, sus primeras palabras fue a los 5 meses y camino al año. No se presentaron mayores problemas.

Conductas inadecuadas en la infancia:

Refiere su tía que es quien la crio, que para pedir sus gustos en la calle lo hacía a través de pataletas, rabetas pero que ella no le hacía caso y continuaba caminando y finalmente era seguida por la paciente.

Prefería jugar sola con sus muñecas “me gustaba tener mis muecas en caja y casi nuevas” y solo las prestaba a cambio de carritos o por otros juguetes que me gustaban. Sus muñecas las mantuvieron guardadas intactas hasta que cumplió sus 15 años y

decidió regalarlas a sus primas y otras 3 que las guardo y cuidó hasta que su abuela la bota de su casa y se quedó con ellas.

Actitudes de la familia frente a la niña:

Tuvo una crianza variable, en razón a la tutoría que tuvo en su infancia y adolescencia. Hasta los tres años vivió con sus padres, luego ella y su madre regresaban a vivir a la casa de la abuela de forma intermitente la cual estaba dada por la inestabilidad en la relación de sus padres y era cuidada durante el día por la tía (hermana menor de la madre); hasta los 6 años que finalmente se queda a vivir con la tía y su familia, sus abuelos, tíos por parte de madre, hasta los 16 años. Y su madre se queda a vivir en Puente Piedra

Refiere respecto a su madre no haber recibido afecto y que sólo se dedicaba a trabajar y tomar e incluso los días de su descanso no compartían momentos agradables ya que se ponía a hacer sus cosas personales.

Hasta la actualidad llama a la tía Sonia como “mamá Sonia” y refiere que ella a pesar de haber tenido dos hijas menores que ella en dos años, jamás hizo diferencia alguna con ellas.

Los tíos y la abuela eran ambivalentes y a veces hasta indiferentes en sus afectos para con ella.

EDUCACIÓN

Historia Escolar:

Fue al nido a partir de los 5 años y que lloró por el lapso de un mes y recuerda que antes de llegar a la esquina del nido tomaba su biberón.

Su rendimiento en la primaria fue regular en sus notas (13 – 14) y que su participación en casi todas las actuaciones fue activa en todos los años que permaneció en ese colegio, en el tercer grado es cambiada de colegio hasta el sexto grado.

En secundaria, el primero y segundo año estuvo en un colegio particular en Pueblo Libre y que le fue bien, fue cambiada porque su papá no podía pagar la pensión y fue matriculada en un colegio estatal en turno tarde, además, porque su prima también iría

a ese colegio. El tercer año repitió. Refiere la paciente “el colegio no me gustaba, todo era diferente, estudiaban domesticas y chicas que repetían el año, entré en rebeldía y le busque “achaque” a todos los profesores y una profesora se me “prendió” y un día me castigo arrodillada sobre chapitas y de frente a la pizarra, todo lo tomaba a la burla, no tenia los cuadernos al día, no registraba las clases. Mandaron llamar a mis padres y fue mi mamá y en medio del patio y delante de mis compañeras me dio una cachetada que me hizo sentir muy mal.

En cuarto año hice algunas cosas más como salirme del colegio por la pared y me iba a pasear, ver tiendas por Magdalena o me iba a los parques, a veces me acompañaban algunas amigas y regresábamos antes de la salida y entrabamos por la misma pared que habíamos salido; pero mi mamá Sonia era quien iba al colegio para hablar con los profesores, con la auxiliar y se enteraba de lo que yo hacía en el colegio y me daba una zurra en casa y yo si le obedecía y nunca le conteste. Ella no contaba a nadie de la casa lo que ocurría en mi colegio.

Continúo en ese colegio hasta el quinto de secundaria sólo hasta medio años y termino el quinto de secundaria en un colegio no escolarizado del Callao.

Refiere que en la secundaria no participó en ninguna actuación por decisión propia, las exposiciones las evadía porque tartamudeaba, le sudaban las manos, negaba haber realizado sus monografías a pesar de haber estudiado y preparado su exposición.

Otros estudios realizados:

Estudio ingles por 6 meses en una academia en Miraflores becada y lo abandono porque se hacía más complicado y ya no quería hacerlo porque “se me hacia mas dificil” y “ya no quería salir al frente en las clases”.

Luego estudio computo por 4 meses y lo dejo porque ya no quería asistir (no iba a clases o las postergaba)

Historia de Trabajo

Su primer trabajo lo realizo a los 16 años vendiendo productos de Yambal y Ebell por el lapso de 6 años, su ganancia era regular porque le permitía pagar sus pasajes, gastos.

Informa que pagaba sus cuentas a tiempo y recibía premios por hacer pagos puntuales. A los 17 años también vendía artículos de limpieza, por el lapso de 2 meses, se retiró por pagos ínfimos como comisiones.

A los 20 años trabajó como impulsadora en Química Suiza, salió porque se terminó la promoción.

A los 21 años trabajó como vendedora de ropa y zapatos, lo cual continuó hasta los 26 años y que le fue bien en este negocio.

A los 23 años administra y vende repuestos de carros en la tienda del abuelo (sólo en turno de 12 a 6 pm.) hasta la actualidad.

Desde los 25 años se involucra en la compra y venta de autos (se inicia con 2 autos) con ahorros lo que le faltaba le prestó su tío José (hermano menor de su papá) y le pagó con la venta de los carros 500 dólares mensuales y lo cual realiza hasta la actualidad.

Además que realiza la venta de artículos novedosos ha pedido de sus clientes.

Información sobre el sexo:

No recibió mayor información o explicación alguna sobre el tema, sus primeros conocimientos fueron a través de las amigas.

Su primer enamorado lo tuvo a los 17 años y con quien tuvo su primera relación sexual a los 22 años, por lo que sintió que decepcionó a sus padres y que había hecho algo malo, lloró al llegar a su casa y su papá se percató y sospechó del hecho refiriéndole “que ya era una mujer su hija y que así era la vida” palmoteándole la cabeza y agregó diciéndole que una vez probado dijo que continuaría y sí que la llevó hasta la puerta de la posta de su distrito y le dijo que saque una cita para que le dieran un método anticonceptivo y optó por las pastillas y las utiliza hasta la actualidad.

A los 23 años convivió con quien era su enamorado, a sugerencia de su mamá y se fueron a vivir a Puente Piedra, refiere: “que el sexo no le llamaba la atención y era de una vez a la semana y en muchas ocasiones dependía del estado de ánimo en el que se encontraba.

La segunda relación es con Pepe y fue desde hace 2 años. La primera relación sexual con Pepe sucedió habiendo sido conversado y con plena aceptación; refiere: “fue otra vivencia, aprendí muchas cosas por su misma experiencia, me hizo más abierta en el sexo”

Religión:

Es católica y practicante, participó del coro del colegio con su prima, actualmente asiste a la iglesia entre una o dos veces al mes. Su familia participaba (abuela materna) todos los domingos pero en diferentes horarios para no dejar la casa sola.

Relaciones interpersonales:

A los 6 años era muy poco amigüera, permanecía más tiempo en casa jugando con sus primas porque no las dejaban salir.

En el colegio, “consideraba que sus amigas sólo eran amigas de colegio o si era por tareas grupales, nunca tuvo una amiga íntima. Su amiga más cercana era Sandy, le tenía algo de confianza y entre las dos hacían travesuras como salir a las fiestas, se silbaban de casa a casa y salían por las noches y en una ocasión la pescaron y su mamá Sonia le dio una zurra”.

Mucho más amistades tuvo cuando vivió con el papa y refiere “hacia lo que me daba la gana y me iba a fiestas con mi tío (hermano menor de mi papá).

A los 21 años dejó de asistir a esas fiestas ya que estaba más metida en el trabajo, quedaba cansada y no tenía muchas ganas de salir porque pensaba en que no le alcanzaba la plata. Agrega que ella era la de los chistes y los vacilones, tomaba poco, Hasta la actualidad que ya no voy a fiestas con ese grupo, pero que sí asiste ocasionalmente a karaokes, cumpleaños, y fiesta familiares, en las cuales se siente bien.

Historia marital o de pareja:

Su primera pareja de convivencia fue su primer enamorado, quien era soltero, estudiante de Administración Industrial (senati) de primer año y agrega que los siguientes años de su estudio fue pagado por ella, quien era la que trabajaba y mantenía el hogar. Antes de la convivencia ya estaba cargada a pesar de ello aceptó la sugerencia de su madre el convivir con él e ir a vivir a Puente Piedra en casa de ella; pues ya estaba pedida para casarse. Refiere que él era muy absorbente y el último año de su relación discutían mucho de la nada, la familia de él se metía en la relación, él salía con amigos que a ella no le gustaba y ella no asistía a las fiestas con él por no ver el grupo de sus amistades, quienes participaban en polladas, fiestas en locales públicos, además que tomaban licor

en exceso y también evitaba reunirse con la familia de él expresamente con su madre porque ella era consumidora de drogas y alcohol. Se termino la relación porque ella decidió cuando él sacó los pies del plato; lo bato y también sus cosas salieron por la ventana y no quiso verlo más.

Agrega que lo poco que él recibía de dinero ella era quien disponía y se negaba a salir a divertirse por no gastar ese dinero, ahorraba para comprar sus cosas para su matrimonio Informa que él era demasiado voluble e hiperactivo y fingía un papel pasivo en la relación.

Su segunda pareja es Pepe amigo y jefe de su papá en el trabajo, desde que lo conoció le agrado y a pesar de que su familia le aconsejo de que no era un buen postulante para establecer una relación, ella prosiguió con la idea de que él iba a cambiar por ella. Él le ofreció muchas cosas que a ella le deslumbro, pensando que su vida ahora sí cambiaría y tendría un rumbo. Conforme pasaba el tiempo y ella comenzaba a vivenciar la conducta de él en condiciones de ebriedad, se presentaba sentimientos encontrados (temor, tristeza, llanto; y esperanza de encontrar seguridad, estabilidad), a pesar de todo, ella decide continuar con la relación, hasta que es Pepe quien termina la relación, hecho que la desestabiliza emocionalmente, llegando a una depresión y ansiedad, pero posteriormente la busca nuevamente.

Enfermedades y accidentes:

Tuvo infección a los riñones cuando era recién nacida y fue atendida en el hospital Santa Rosa.

A los 7 años le dio bronconeumonía.

A los 9 años le dio varicela.

Tuvo un accidente a los 12 años, se rompió la ceja al golpearse con el camarote, pero no quiso que la lleven al hospital por temor al dolor.

A los 13 años tuvo hepatitis, recibió tratamiento por un mes.

A los 23 años se rompió el brazo derecho al rodar de la escalera encerada, en la casa de la abuela.

Historia familiar:

Su padre, tenía 23 años y su madre 19 años cuando la concibieron, agrega su mamá que decidió casarse para salir de su casa por no soportar más a su madre, sin embargo ella

decidió no casarse el mismo día de la boda porque él la había golpeado, mas su madre la obligo a casarse porque refirió “el gasto ya estaba hecho y estaba embarazada”, y se caso con mayor maquillaje para tapar los golpes del rostro.

Sus padres se divorciaron cuando ella tuvo 11 años por incomprensión, pero actualmente la relación ha mejorado, ya que pueden comunicarse sin discutir.

Papá: Rubén, natural de Lima, de 55 años, con instrucción primero de secundaria, su ocupación actual es como ayudante en la compra y venta de autos de la empresa donde la paciente tiene a la venta sus dos carros. Vive en San Miguel, en casa de su mamá en compañía de sus hermanos casados y con familia.

Consumidor de alcohol de hace muchos años y consumidor de pasta de hace 8 años, él refiere que “dejo el consumo de drogas sin tratamiento específico” y el consumo de alcohol ha disminuido considerablemente desde hace 2 meses.

Su carácter es impulsivo, antes era insoportable se peleaba con la gente en la calle, era detonante, muy agresivo y desde que fui a vivir con él cambio un poco, recuerda que ella lo sacaba de los lugares donde tomaba y desde hace algunos años que ya no se pelea con sus hermanos cuando toman. Hace dos meses que ya no consume licor y permanece mayor tiempo en su casa. Se ha comprado una bicicleta y lo utiliza buen tiempo.

La paciente refiere “la relación con mi padre es buena, amigable, le cuento mis cosas, mis planes en mi trabajo ó también de mis amigos, le tengo bastante confianza”.

Durante toda su vida, le levanto la mano una sola vez con dos cachetadas. La relación con su hija es buena. Su condición económica es baja.

Mamá: Natural de Lima, de 51 años, comerciante de repuestos de autos en Puente Piedra, de carácter altamente inestable, renegona, ofensiva, explosiva y en otros momentos es muy locuaz y alegre. A los 14 años consumió marihuana, san Pedro y hace algunos años recibió tratamiento en Cedro por ser consumidora de alcohol por el lapso de año y medio. Actualmente continúa consumiendo licor de forma excesiva. La relación con su hija era mala y le decía a la paciente, que era “reflejo de su papá”. Su condición económica es relativamente buena.

Conviviente de Mamá: Refiere la paciente; de 43 años, comerciante en la tienda de su mamá, altanero, ofensivo, indiferente a lo que le pueda pasar a su mamá, consumidor de alcohol en la tienda de 3 a 4 veces por semana y en compañía de su mamá hasta perder el conocimiento. Vive en casa de su mamá. Su condición económica depende de su mamá.

Tía Sonia (hermana menor de su mamá) Actualmente se encuentra en Perú, casada con el hermano de su papá, de carácter pasivo “manteca” te dice lo que siente de forma adecuada. Tiene dos hijas mujeres, una de ellas casada y la otra soltera. Todas ellas mantienen adecuada relación con la paciente. Su condición económica es promedio.

Abuelo: Gilberto de 74 años comerciante de repuestos de autos, de carácter agradable, y refiere que “es un pan de Dios y justo” Su relación con la paciente es sumamente armoniosa. De buena condición económica.

Abuela: Irene de 64 años, de carácter agresivo y la describen (hijas y paciente) como muy interesada por el dinero, manipuladora con todos sus hijos y hasta nietos. Salud, aparentemente buena. Su relación con la paciente es ambivalente.

Pepe: Su pareja actual de 48 años, casado y vive con una hija de 12 años, su esposa vive en EEUU de hace muchos años y sin probabilidad de retorno, de carácter inestable y ambivalente, consumidor de alcohol con el padre de Meche de 3 veces a más en la semana. Ofreció a Meche una relación estable y con promesa de compra de un departamento para vivir los tres; encontrándose en trámites para la compra. Salud buena. De buena condición económica.

INFORME PSICOLOGICO

DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombre y Apellidos N.N.
- Edad 28 años
- Fecha de Nacimiento 20-11-1986
- Lugar de Nacimiento Lima
- Lugar de Residencia San Miguel -Lima
- Grado de Instrucción Quinto de secundaria (no escolarizado)
- Ocupación Comerciante
- Estado Civil Conviviente
- Religión Católica.
- Vive con Conviviente e hija de él.
- Número de Hermanos Ninguno.
- Lugar de entrevista HVLH
- Fecha de entrevistas 10, 17 y 24/03/2014.
- Entrevistadora PS. María De la Torre Sobrevilla.

Observación de la Paciente:

Para la primera cita de la evaluación psicológica se le informa del proceso de evaluación y del número de sesiones. Meche acude parcialmente aliñada de acuerdo a la estación y con el cabello sujeto hacia arriba, establece contacto visual por momentos, se muestra ligeramente evitativa y refiere “tengo miedo de equivocarme” la expresión de su rostro es de desconcierto, ánimo ansioso, se frota las manos sudorosas constantemente y agacha el rostro; se encuentra lúcida, orientada en las tres esferas, pensamiento es lógico y coherente en contenido y discurso, su lenguaje es fluido, claro y productivo.

En la tercera sesión se le observa menos ansiosa y realiza preguntas con mayor naturalidad y se muestra un tanto más expresiva en sus emociones.

Motivo de Consulta : Evaluación Psicológica área de personalidad.

Pruebas e instrumentos Aplicados:

- Entrevista y Observación.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón.
- Inventario Multifásico de Personalidad. Mini-Mult.
- Test de la Figura Humana de Karen Machover.
- Inventario de Personalidad de Eysenck.
- Test del Árbol.
- Escala de Depresión de Zung.
- Escala de Ansiedad de Zung.

Análisis:

Respecto a su personalidad tiene tendencia a la INTROVERSION, de rasgos evitativos, inestable emocionalmente, con tendencia a presentar ideas fijas y en ocasiones asume actitud autoderrotista, de tendencia depresiva, actitud defensiva e infantil, fantasiosa, vanidosa, entusiasta e impaciente, poco tolerante a la frustración.

Su capacidad de insight y su tendencia depresiva esta manifestada por una fuerte autocritica que incrementa su sentimiento de minusvalía, evidenciado como auto desprecio por no lograr enfrentar sus temores, sentimientos de inferioridad reafirmandose más la intensa inseguridad que presenta sobre todo ante personas de nivel académico superior, propiciado a su vez por el temor al fracaso y/o a la evidencia de su temor a no satisfacer las expectativas del resto. Es disconforme, marcadamente evasiva y con falta de asertividad ante las dificultades.

Vive intensamente sus conflictos, con mucha tensión interna y gran necesidad de afecto y protección. Interpreta las situaciones problemáticas en relación a las conductas de quienes la rodean y no de ella misma.

Sus relaciones interpersonales son algo conflictivas por no conseguir su autoafirmación y puede reaccionar hipersensiblemente e impulsivamente a la crítica, sobre todo con familiares, su reacción con amigos o compañeros es de aparente pasividad tratando de ofrecer una imagen convencional manteniendo su intimidad en reserva y distancia como medios para evitar el menosprecio y el ridículo personal; si

actuara en forma contraria estaría en la creencia de que sería evidente su temor y distorsionaría su imagen y reduciría su aceptación social.

Se mantiene ansiosa, mal humorada y confusa por pensamientos negativos relacionados a su persona y al medio en el que se encuentra.

Se evidencia cierta tranquilidad en situaciones de vida sin mayores cambios y sin incidentes. A pesar del temor a enfrentar sus problemas tiene confianza en su propia productividad.

Utiliza la racionalización y la proyección como mecanismo de defensa.

A la evaluación de ansiedad obtiene el nivel de Ansiedad Intensa.

A la evaluación de Depresión obtiene el nivel de Depresión Moderada.

Conclusiones

Tiene tendencia a la INTROVERSION, inestable emocionalmente, de ciertos rasgos evitativos, con tendencia a presentar ideas fijas y autoderrotista, es impaciente, poco tolerante a la frustración.

Su tendencia depresiva incrementa su sentimiento de minusvalía, inseguridad e inferioridad por el temor al fracaso y/o a la evidencia de su temor ante los demás. Es disconforme, marcadamente evasiva y con falta de asertividad ante las dificultades sobre todo familiares y de pareja. Se mantiene ansiosa, mal humorada y confusa. En ocasiones confía en su propia productividad y percibe a la vida sin mayores cambios y le produce un sentimiento de desasosiego.

Diagnostico según el CIE 10 OMS

F41 Otro trastorno de Ansiedad.

F32 Episodio depresivo moderado.

Recomendaciones:

- Terapia cognitivo conductual para abordar la depresión y ansiedad.
- Terapia de autoestima y auto concepto.

CASO CLÍNICO: COGNITIVO CONDUCTUAL

Datos De Filiación:

- Nombre y Apellidos N.N.
- Edad 28 años
- Fecha de Nacimiento 20-11-1986
- Lugar de Nacimiento Lima
- Lugar de Residencia San Miguel -Lima
- Grado de Instrucción Quinto de secundaria (no escolarizado)
- Ocupación Comerciante
- Estado Civil Conviviente
- Religión Católica.
- Vive con Conviviente e hija de él.
- Número de Hermanos Ninguno.
- Lugar de entrevista HVLH
- Fecha de entrevistas 07,14,21 y 28/04/2014; 05,12,19 y 26/05/2014; 02/09 y 16/05/2014.
- Informantes Paciente, madre, padre y tía materna.
- Entrevistadora PS. María De la Torre Sobrevilla.

Observación del Paciente: Es una mujer que aparenta menos edad de la que tiene, de contextura delgada, espigada y estatura mediana, de tez morena, cabellos ensortijados largos que se deslizan por el rostro y de color negro.

Acude a las sesiones vestida y aliñada de acuerdo al estado anímico que presente, unas sumamente maquillada muy a la moda y con joyas llamativas, y en otras sesiones, sin maquillaje y descuidando las combinaciones de su vestimenta, con buzo y de escasos accesorios.

En la primera sesión se mostro ansiosa, se frotaba las manos y se observaban sudorosas, establecía contacto visual sólo por momentos, cabizbaja, hablaba en tono de voz ligeramente bajo y escueto mientras hacía gestos habituales de desagrado en el rostro y al preguntar sobre el motivo de consulta refiere situaciones irrelevantes y se mantiene callada por largos momentos agrega que jamás antes había asistido a conversar con una

Psicóloga, la expresión de su rostro es como si estuviese enojada, con el ceño fruncido, de mirada penetrante y por momentos sus ojos se enrojecían y se llenaban de lagrimas que eran contenidas, en la postura de su cuerpo se observa cierta rigidez. Se le informa de las condiciones de cómo se llevaría a cabo las sesiones de terapia y se abordaría bajo el modelo de corte cognitivo conductual e indicándole las posibles sesiones requeridas.

En la segunda sesión al inicio se muestra poco comunicativa y conforme iba avanzando la entrevista su lenguaje era más productivo, se observaban sus manos sudorosas y se las frotaba, contenía las lagrimas en sus ojos y se mostraba evitativa de profundizar sus emociones y sobre todo de expresarlas. Al hacerle de conocimiento a través de una palmada en el antebrazo que es comprendida y que podría expresar sus emociones ella rompe en llanto profundo y es a partir de ese momento que su expresión verbal es locuaz y luego de ello expresa “ahora es la primera vez que cuento a alguien sobre lo que me sucede” que nunca tuvo una amiga íntima “Yo era como una capa dura de hielo que me comía todo, no contaba a nadie nada de lo que me pasaba y de lo que sentía, sólo lloraba y recuerdo que era una vez al año que lloraba y lloraba y no hablaba con nadie”

Acude a las siguientes citas con puntualidad y conforme avanzaban las sesiones acudía con mejor aliño; y va refiriendo en ellas la percepción y el conflicto que va teniendo con cada uno de sus padres por el consumo de alcohol que tienen cada uno de ellos y el padre además con consumo de drogas, y la dificultad que tiene en encontrarse a ella misma y enrumbar su vida sola ó con “su pareja”

Motivo de Consulta

La paciente acude a consulta por consejo y bajo cierta presión de su amiga Meche y es quien saca la cita por verla de mal humor, inquieta y ansiosa.

Refiere: “Estoy fuera de serie, estoy sin rumbo, no sé con quién estar en compañía, si es con amigas de mi edad ó con personas más mayores, ya no me gustan las discotecas y detesto de que donde vaya tomen licor y sobre todo que mi papá y mamá tomen y luego hagan escándalos, me pongo a temblar, me preocupo de cómo va a terminar la noche ó si mi mamá está tomando en la tienda tengo que cerrar la tienda y llevarla a ella a su cuarto y atenderla porque su conviviente por lo general la deja y se va a dormir, yo no

puedo dormir cuando ella toma, me siento inquieta pensando en que si se va a dormir en la sala o no sé dónde y sobre todo en lo que podría suceder y en lo que me va a decir, ya que me insulta y me saca en cara todo lo que hizo o trabajó por mí en el transcurso de toda mi vida, pero ella no me crio, sino mi tía Sonia (hermana menor de su mamá), pero ella dice que le daba dinero para que pudiesen tragar toda su familia, mi tía me crió desde los 3 años hasta los 16 años que mi tía viajo a Japón a trabajar y me quede sola y sin compañía, en casa de la abuela.

Me sudan las manos, amanezco de mal humor, todo me molesta, todo me fastidia, no encuentro paz, duermo donde me llega la noche si se puede decir si es en Lima duermo en San Miguel en casa de mi papá y sus hermanos ó en casa de mi amiga ó me retiro a Puente Piedra a casa de mi mamá que ahí sí tenía dormitorio y mis cosas, pero que no me dan ganas de estar porque ni conversamos, ni me pregunta de cómo me fue el día y con su conviviente ni me hablo solo nos saludamos, él no deja que mi papá me llame por teléfono a la casa y eso me molesta pero mi mamá acepta eso, es por ello que también tengo mi celular.

Converso con alguna amigas pero no me siento a gusto, cuando amanece el día lo veo horrible, no me dan ganas de levantarme de la cama, he llegado a faltar al trabajo, le llamo al abuelito y le digo que estoy enferma y que iré a trabajar al día siguiente pero luego mi abuelita me grita y me dice desconsiderada y otras cosa más gruesas. Cuando llega la noche no puedo dormir, doy mil vueltas y no me duermo, veo televisión a veces hasta las 2 o 3 de la mañana porque no tengo sueño.

También pienso en los fracasos que tengo con mis parejas, fracasos porque es la segunda vez que sucede. Mi primer compromiso y conviviente fue Claudio, vivimos en la casa de mi mamá por tres años, él estudiaba y a veces hacía algunos trabajos y traía algo de dinero, yo era quien trabajaba y mantenía la casa, al inicio fue una relación agradable, pero posteriormente él fue teniendo más compromisos con amigos que no me agradaban y por eso él iba solo a sus reuniones, tomaba más de la cuenta y cuando estaba en esas condiciones no me agradaba verlo y trataba de evitar su presencia quedándome en la casa de mi papá o si él estaba en la calle le decía que era preferible que se quede en la casa de su mamá y que al día siguiente nos veríamos. Ella decide

terminar esa relación al descubrir una traición cosa que le dolió demasiado pero que lo supo sobrellevar de alguna manera.

Pero que en la actualidad se siente pésima de ánimo porque su segundo compromiso (actual) de año y medio y quien es una persona de 48 años separado y con una hija de 12 años, le propuso que se separarían por una temporada para pensar mejor en la relación y en lo que podría ser mejor para ellos, pero pasados dos días le llama por teléfono en condición de mareado para insultarla con palabras gruesas y ofensivas y tratarla como una mujer cualquiera, reaccionando ella con llanto, rabia e impotencia pero toda esa reacción a solas; luego al día siguiente su pareja la llama por teléfono a decirle que si la había llamado mareado que no le hiciera caso porque ni él mismo se acordaba de lo que había hecho o dicho, la busca en el domicilio de su papá y tienen una cita como si nada hubiese pasado en la relación y así continuaron por algunos días más saliendo a veces solos y en otras con su hija; sin embargo luego de dos semanas la vuelve a llamar por teléfono mareado y le refiere que esa relación no va a funcionar y que eso quedaba ahí nomás.

Esas palabras la deprimieron mucho, lloro demasiado a solas, se sintió como que no valía nada, que no tenía nada en la vida y que nunca más establecería una nueva relación, se sintió muy desgraciada, faltó al trabajo se quedó en su cuarto todo el día, no se bañó ni comió, porque ella ya se había acostumbrado a la supuesta vida en convivencia y que consideraba que ya tenía una familia, considerando a la hija de él. Es así que ella no acepta que le terminaran la relación y se mantiene aún así a la espera de una llamada telefónica, quedándose lo más cerca de él que era la casa de su papá o de su amiga Meche, lloraba constantemente, tenía pleitos continuos con quienes estaban en su entorno, por su mal humor, critica a todos, se torna más testaruda y agresiva verbalmente, y es en esas circunstancias que su amiga le sugiere tratarse tanto con psiquiatra como con psicólogo.

Desarrollo cronológico de los síntomas:

La paciente no reconoce exactamente desde cuando se encuentra así, refiere que parece que fue desde niña, recuerda que su mamá le solicitaba a su tía (hermana menor de su mamá) que la lleve los días domingos a su restaurante que tenía en Puente Piedra y a

ella no le gustaba ir porque no tenía con quien jugar y la mayor parte del día permanecía sentada sobre el mostrador al lado de la caja y casi siempre con gestos de disgusto en el rostro, caprichosa, rebelde; ó en caso contrario permanecía debajo del mostrador durmiendo.

Observo desde muy niña agresiones por parte de su padre a su madre cuando ambos se encontraban bajo los efectos del licor, lo mismo ocurría en la casa de su tía (hermana menor de su mamá) ya que sus tíos tomaban con frecuencia y terminaban en pleitos.

No recuerda haber jugado con su mamá, pero si le prestaba mayor atención su tía quien se preocupaba por sus intereses y le escuchaba sus preocupaciones, le aconsejaba sobre todo en sus años difíciles de adolescencia, hasta que viajó a Japón y refiere que le hizo demasiada falta y que en cambio la abuela fue demasiado drástica, abusiva y agresiva con ella, atacándola donde más le dolía que era ofendiendo a su padre y recuerda que después de muchas agresiones e insultos; y lo que rebasó la gota del vaso fue que cuando estaba en quinto de secundaria los primeros días de Julio haciendo una tarea en la puerta de su casa donde vivía con la abuela y tíos de parte de madre (no ingresaba a la casa con amigas porque la abuela no le permitía, ya que decía que la gente se iba a enterar de cómo vivían;) salió la abuela a insultarle, tirarle la mochila delante de sus amigos, ante eso una de sus amigas fue a avisarle a su papá que vivía cerca y ante la presencia del padre, la abuela se enfureció más y la botó de la casa y le dijo que su padre se la lleve y se haga responsable de ella agrego que de esa casa no sacarían nada ni útiles del colegio, y ciertamente no le entregó nada y se fue a vivir a la casa de la abuela paterna donde vivían todos sus tíos y primos, la acomodó en una cama provisional y precaria cerca al dormitorio de su padre y que hasta la fecha duerme ahí, tuvo que ser cambiada a un colegio no escolarizado del Callao según refiere por no tener los útiles. Marta dice era mejor vivir en esas condiciones a soportar las actitudes de la abuela. Recuerda que tuvo que trabajar desde los 16 años para poder mantenerse fue muy difícil y extrañaba muchísimo a su tía pero que la vida era así y tenía que continuar.

Posteriormente cuando tuvo 23 años se relacionó con Claudio, que al inicio para ella fue sumamente agradable pero luego se agregaron problemas al enterarse del consumo de drogas y alcohol de la mamá de Claudio y desde un inicio tuvieron malas relaciones

con su familia, se sentía fastidiada, intranquila, de mal humor, lloraba con frecuencia a solas, pero que aún así apostó por salir adelante, ella trabajando y él estudiando, pero que jamás pensó que todo su esfuerzo fuera en vano porque él finalmente sacó los pies del plato y nuevamente me ví sola frente a mis padres que también toman, hacen pleitos, viven su vida y yo no les intereso, por eso busco ahora en mi amiga Mari como que fuese mi madre también me quedo a dormir en su casa cuando ella me invita, lloro a solas y no puedo dormir, tengo inseguridad y no se con quien contar, creo que ahora tengo a mi mama Meche.

A los 26 años y aparentemente cerrada la herida, se relaciona con Pepe quien también toma licor de 3 veces por semana con mi papá, él la trataba de forma ambivalente porque era agresivo verbalmente cuando estaba mareado sacándole los trapos al aire sobre su familia y estando lúcido tenía detalles para con ella y ofreciéndole a la vez ciertas comodidades con las cuales “se sentía bien” hasta que por continuas peleas él mareado y agresivo y ella con sus arrebatos y caprichos deciden tomar cierta distancia con la idea de mejorar la relación, pero que al cabo de 15 días él le llama por teléfono mareado y le refiere que la relación se acabo.

Tratamientos Psicológicos y/o psiquiátricos recibidos anteriormente.

La paciente jamás recibió tratamiento alguno, pero que en la actualidad es atendida de forma paralela por un psiquiatra quien le receto lo siguiente: Paroxet, media tableta en la mañana Zatrix, un cuarto de tableta en la mañana y media tableta en la noche.

Opinión de la paciente sobre su problema actual

La paciente piensa que lo que le está sucediendo no lo entiende, ya que se siente un poco confusa, intranquila no se siente cómoda en ningún lugar. No encuentra respuestas a sus interrogantes pero que espera salir de “esto” a pesar de que trata de que su vida continúe como siempre pero que la gente la encuentra de muy mal humor y eso es lo que más le preocupa.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA.

De acuerdo a lo analizado se utilizará el modelo de terapia Cognitivo Conductual, el cual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

Método:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar las relaciones ente cognición, afecto y conducta
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

El terapeuta es quien estructura la terapia con la participación y colaboración del paciente, dado que el paciente depresivo suele estar al inicio confundido, preocupado el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y conducta. El terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.

El modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión; y es a través de la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

La triada cognitiva: son tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático

Primer componente: Se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.

Segundo componente: se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa

Tercer componente: Se centra en la visión negativa acerca del futuro.

Modelo de Esquemas: Se utiliza para explicar porque mantiene al paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Procesamiento de información: Los errores sistemáticos en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- La inferencia arbitraria: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye
- Abstracción selectiva: (relativo al estímulo) consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva: (relativo a la respuesta) se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: (relativo a la respuesta) quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

La intervención terapéutica se define en 12 sesiones, con duración de 45 minutos cada una. Se analiza sus creencias básicas, sus pensamientos y se define su problemática en el área afectivo, por tener un origen externo o depresión de indicador exógeno; al igual que la ansiedad. Como ayuda a la terapia se hace uso de protocolos: del termómetro emocional, lecturas, tareas, listado de pensamientos distorsionados, auto registros,

autoevaluaciones, pues son técnicas que plantean una alternativa para mantener el control y el seguimiento del paciente a lo largo de las sesiones de intervención (Rehm, 1977; en Caballo 1998).

ANALISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS:

1- Listado de conductas inadecuadas:

- Depresión
- Ansiedad
- Baja autoestima

2- Listado de conductas adecuadas:

- Motivación para el tratamiento
- Nivel intelectual Promedio
- Conciencia de Enfermedad
- Cumple con las tareas asignadas
- Hace uso de auto instrucciones para bajar la ansiedad y depresión.

3- Análisis de las conductas problema:

a) Condiciones ambientales históricas

Las investigaciones demuestran que existe una serie de variables que nos vulneran para la depresión, algunos de ellos son estilos de vida, falta de satisfacción, nuestra forma de pensar con respecto a distintos tópicos, carencias sociales e inhabilidad de resolución de problemas.

Sin embargo tampoco es infrecuente encontrar personas fuertemente deprimidas sin rastros de variables de vulnerabilidad psicológica.

- Maltrato físico y verbal de padres y tíos.
- Maltrato verbal continuo por parte de la abuela materna.
- Ver, escuchar discusiones y maltrato físico entre sus padres.
- Separación de sus padres.
- Múltiples residencias a lo largo de su vida.
- Desinterés y poco desarrollo en sus estudios.

b) Condiciones biológicas históricas

La vulnerabilidad psicológica hacia la depresión entendemos como tal concepto como la facilidad para reducir la seguridad y estabilidad psicológica de la persona. Una vez iniciado el proceso de la depresión, las personas más vulnerables reinciden más rápidamente; lo que aceleraría la instalación de la depresión

- Alcoholismo temprano por parte de padres y familiares
- Vulnerabilidad a la depresión
- Vulnerabilidad a la ansiedad.

c) Creencia básica:

“Mi vida ha sido marcada por todo lo que pude vivenciar desde que era muy niña y por todo lo que me sigue sucediendo”

PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS:

Pensamiento de “sobre generalización”

- “Siempre he estado sola”
- “Yo nunca he tenido una amiga íntima”
- “Yo siempre dejo a mis amigas plantadas”

Pensamiento de “No puedo”

- “No puedo vivir sin Pepe, es parte de mi vida”

Pensamiento “Polarizado”

- “Toda la vida esperan estar tomados para decirme cosas y sacarme en cara”
- “Nunca podre conseguir una pareja estable”

Pensamiento de “Etiquetaje”

- “Yo soy como una capa dura de hielo”

Pensamiento del Debería

- “La gente no debería tomar tanto licor”
- “Mis padres deberían cambiar”

Pensamiento del Catastrofismo

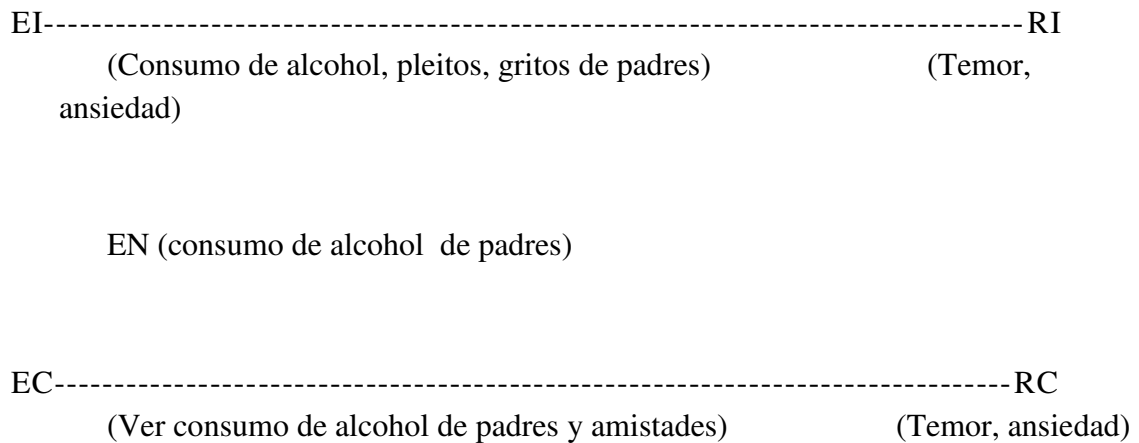
- “Como pueden haberme dicho tantas cosas”

Pensamiento Falacia de Cambio

- “Pepe va a comprar un departamento; él va a cambiar por mí”

HISTORIA DE REFORZAMIENTO: ANSIEDAD

Modelo del Condicionamiento Clásico:



Análisis de Conducta: Depresión Ansiedad

ED	O-R	EC
<p>Externo “Rompimiento de la relación con Pepe”</p> <p>Interno “Recuerdo del fracaso sentimental” “Soy una Tonta” “todavía creo en los hombres”</p>	<p>Componentes:</p> <p>Cognitivo “No deberían de tratarme así mis parejas” “Nunca conseguiré una pareja estable” “No quiero quedarme sola”</p> <p>Emocional: Depresión Tristeza Desgano</p> <p>Fisiológico Insomnio Apetito disminuido Tensión en cuello y hombros Hiperhidrosis palmar</p> <p>Motor Llanto Lentitud Psicomotora Permanecer en su cuarto</p> <p>Parámetros Todo el día Mañanas 8/10 Tarde 6/10</p>	<p>Externo Abandono parcial de sus responsabilidades. Atención y preocupación de papá. Atención y preocupación de tía. Recibe ayuda de amigas.</p> <p>Interno Autoevaluación negativa de su vida cotidiana Confirmaciones de sus pensamientos distorsionados</p>

Análisis de Conducta: Baja autoestima

Ed	O-R	EC
<p>Externo Cuando se relaciona con varones para pretensiones sentimentales</p> <p>Interno Cuando se compara con personas más instruidos académicamente o profesionales.</p>	<p>Componentes:</p> <p>Cognitivo Tengo poca educación. Pienso que no podre mantener una conversación.</p> <p>Emocional Vergüenza Tristeza Temor Ansiedad</p> <p>Fisiológico Hiperdrosis palmar Bloqueo de pensamiento. Aceleración de latido cardiaco. Insomnio.</p> <p>Motor Evitar la situación de relación</p> <p>Parámetros Es constante y se eleva en situaciones ya descritas.</p>	<p>Externo Presencia y relación con pretendientes.</p> <p>Interno Autoevaluación negativa de sí mismo. “No soy tan educada”. “No tengo temas de conversación”. Confirmar sus comparaciones cuando se compara con otras chicas que tienen estudios.</p>

PROGRAMA DE TRATAMIENTO: DEPRESIÓN - ANSIEDAD

Objetivos

- Disminuir los sentimientos de tristeza y depresión.
- Controlar los pensamientos negativos.
- Cambiar las creencias básicas irracionales.
- Incrementar actitudes adaptativas gratificantes.
- Técnicas de auto reforzamiento.

Técnicas:

Asignación de tareas diarias, respecto a su aliño personal, actividades agradables y su entorno privado.

Asignación de tareas agradables: Para ello es indispensable recordar las preferencias y deseos antes de la depresión; ya que tiende a no ver las posibles actividades agradables. Es necesario desfocalizar de la propia depresión y listar las actividades usando la razón y los recuerdos y no el estado de ánimo. El objetivo es aumentar, recuperar y graduar las actividades en cuanto al costo conductual y al nivel reforzante que le proporciona.

Entrenamiento en relajación muscular profunda: Es la primera competencia de autoayuda que proporciona un alivio relativamente inmediato a personas con ansiedad potencialmente elevado, Con el propósito de aprender la técnica y desarrollar el hábito.

Fundamentos:

- Ayuda a reducir la tensión en momentos de extrema ansiedad.
- Es una fuente de energía que se le brinda al cuerpo dándole vitalidad y mayor sensación de placer y bienestar diario.
- Reduce la tensión corporal y mental, dejamos los pensamientos negativos de lado para pensar en la actividad que estamos realizando.
- La relajación es una herramienta para lograr la armonía de cuerpo y mente.
- Es importante el entrenamiento para que en un momento de crisis pueda ser realizada con efectividad.
- Dado que toda actividad placentera produce endorfinas la relajación aumenta el nivel de éstas.
- Logra una distensión muscular y una mayor circulación de la sangre, lo que ayuda a establecer un equilibrio neurológico y metabólico.

A nivel energético, el paciente logra armonizar la energía del cuerpo junto a sus pensamientos

- Detención de pensamientos automáticos.
- Someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos
- Búsqueda de soluciones automáticas.
- Registro de pensamientos negativos
- Reestructuración cognitiva (sobre las creencias básicas).

PROGRAMA DE TRATAMIENTO: BAJA AUTOESTIMA

Objetivos

- Disminuir sus apreciaciones negativas de su persona.
- Aceptación de sí misma
- Revalorar los aspectos positivos de sí misma.

Técnicas:

- Reestructuración cognitiva (identificar distorsiones y modificarlas)
- Técnica de reatribución.

Intervención Psicoterapéutica:

Primera sesión:

Psicoeducación: Consiste en esclarecer al paciente y a sus familiares acerca de cuáles pueden ser la ó las causas de los trastornos que presenta, sus problemas orígenes y sus posibilidades terapéuticas. La Psicoeducación actúa como verdadero recurso terapéutico por sí mismo. Al paciente le alivia tomar conocimiento acerca de su padecimiento ya que identifica el problema y aprende sobre los recursos necesarios para superarlos.

Para el caso en tratamiento los contenidos a desarrollar serán la vulnerabilidad hacia la depresión y ansiedad, trastorno depresivo- ansioso y baja autoestima.

Se inicia con Respiración Profunda y relajación muscular profunda.

Asignación de tareas a través del programa de actividades placenteras.

Segunda sesión:

Revisión de la etapa psicoeducativo y búsqueda de síntomas encubiertos de depresión y ansiedad.

Practica de relajación muscular profunda.

Revisión de tareas.

Identificación de la creencia básica y pensamientos distorsionados, enseñarle a discutir los pensamientos (racionalizar con evidencias lógicas – empíricas los pensamientos distorsionados).

Pensamiento de “ No puedo”: “No puedo vivir sin Pepe, es parte de mi vida”

Terapeuta: “¿A que te refieres con parte de tu vida?”

Paciente: “él es mi pareja, es todo.....llora....que voy hacer sin él” (tiembla, se frota las manos y se queda callada)”

Terapeuta: “Que evidencia tienes de que no puedes vivir sin él”

Paciente: “Él es mi apoyo, él le dio rumbo a mi vida, me hizo sentir nuevamente que podría disfrutar de la vida, y ahora él se va”. “ No tengo sueño, hambre, y tengo ganas de largar a todos, no quiero saber con nadie”

Terapeuta: “Considerarías eso como prueba de que no puedes vivir sin él si hace como un mes que terminaste la relación y aún estas viva?”

Paciente: *“Creo que sí, pero es difícil. (se queda callada), me siento mal ... (llora)”*

Terapeuta: *“Si es cierto que es difícil superar una pérdida así, también puedes ver de qué sigues viviendo, aunque con dolor y la vida continua”.*

“Además de eres joven, inteligente y con deseos de superar los obstáculos que se presentan en tu vida”.

Paciente: *“sí, duele, y tendré que continuar con mi vida”*

Tercera sesión a Onceava sesión

Relajación por 10 minutos

Revisión de tareas

Reestructuración de pensamientos automáticos.

Someter a la prueba de realidad sus pensamientos automáticos.

Doceava sesión: Paciente se encuentra con capacidad de vida funcional en las diferentes áreas resaltando el área familiar, laboral y social. Termómetro emocional en Ansiedad es de 4/10 y de depresión es de 2/10.

Bibliografía:

- Beck, A.; Rush, A.J. & et al (1983) *Terapia cognitiva de la Depresión* Biblioteca de Psicología. Ed.Desclée De Brouwer. S.A.
- Beck, J.S. (2000) *Terapia cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización* Barcelona. Editorial Gedisa
- Caballo, V.E. (1998): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* Volúmenes 1 y 2. Ed. Siglo 21.
- Guarch, J; Jorquera, A. & et al (2006) *Tratando trastornos distímicos y otros trastornos depresivos crónicos* España. Ediciones Pirámide.
- Jeffrey E. Young & et al (1998) *Reinventar tu Vida*. Mexica Editorial Paidós.
- McKay, M y Fanning, P (1991) *Autoestima: Evaluación y mejora* Barcelona. Editorial Martínez Roca.
- Pulido, A. (1998) *Autoestima, motivación y desarrollo*. México.
- Editorial Diana.
- Re, R. (2008) *Acompañamiento Terapéutico en Salud Mental* Editorial Buenos Aires: San Pablo.
- Sevilla, J.; Pastor, C (2007) *Tratamiento Psicológico de la Depresión* Editorial Valencia.
- Webster, M y Sobieszek, D (1998) *Teorías de la autoevaluación*. México. Editorial Limusa.
- Ricardo Bustamante & et al (2000). *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*. Revista oficial del Hospital “Víctor Larco Herrera” Vol. 4 N° 1/ Año 2000. Perú
-

Registro de programa de actividades agradables

Día	Actividades Agradables	Nivel de agrado (0-10)	Lo que más me gusto	Estado de ánimo al final del día
Lunes	Escuchar música	4	Escuchar a los Beatles	5
Martes	Ordenar parte de su ropa del closet	4	Encontrar ropa que había perdido hace tiempo	5
Miércoles	Salir a conversar con mamá y vecino (Odontólogo)	4	Sintió que había sido escuchada al menos un corto tiempo	6
Jueves	Ordenar los muebles de su dormitorio	4	Vio su dormitorio ordenado y eso le encanto	6
Viernes	Asomarse a la ventana de su dormitorio y ver hacia la calle por 20 minutos	5	Sentir el aire correr por su rostro	5
Sábado	Ver películas en su cuarto en compañía de su mamá	6	Pudo compartir sólo 20 minutos de la película con su mamá porque se durmío	7
Domingo	Salir en compañía de amiga caminar y ver tiendas	5	Compartir momentos con amiga y disfrutar de un helado	6

*Valores del termómetro emocional de 0 a10

Registro de pensamientos distorsionados:

A: Evento activador

C: Consecuencia

<p>“Ruptura sentimental de relación y convivencia de primera pareja”</p>	<p>Principal pensamiento no saludable: “Pensamiento continuo de fracaso en sus relaciones sentimentales de pareja”</p> <p>Principal emoción negativa no saludable: Ira. Agresividad Verbal.</p> <p>Principal conducta auto derrotista: Aislamiento social. Inercia laboral, familiar y recreativa.</p>
--	---

Creencia básica:”Mi vida ha sido marcada por todo lo que pude vivenciar desde que era muy niña y por todo lo que me sigue sucediendo”

B: Creencias irracionales

D: Disputa

<p>Sobre generalización: “Siempre he estado sola” “Yo nunca he tenido una amiga íntima” “Yo siempre dejo a mis amigas plantadas”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>
<p>No Puedo: “No puedo vivir sin Pepe, es parte de mi vida”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>
<p>Polarizado: “Nunca podre conseguir una pareja estable”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>
<p>Etiquetaje “Yo soy como una capa dura de hielo”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>
<p>Debería: “La gente no debería tomar tanto licor” “Mis padres deberían cambiar”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>
<p>Catastrofismo: “Como pueden haberme dicho tantas cosas”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>
<p>Falacia de cambio: “Pepe va a comprar un departamento; él va a cambiar por mí”</p>	<p>¿Es esto verdad? No ¿Es esto lógico? No ¿Es esto útil? No</p>

Registro de Autoobservación:

Escriba debajo un evento extremadamente estresante que recientemente le haya sucedido en el ámbito familiar o de pareja.

“El escuchar por teléfono una llamada de Pepe en condiciones de ebriedad y al inicio ser amoroso pero al contradecirle se ofusca fácilmente y me insulta con palabras gruesas a mí y a mi familia”.

Indique que sintió y cuan fuertemente experimento ese sentimiento o esa emoción, colocando una marca en el sentimiento específico y evaluando su intensidad. Moderada o Elevada (M ó E)

Colérico X Culpable Ansioso X Deprimido

Escriba debajo lo que usted hizo (como se comportó)

“Lloraba mientras le escuchaba y no podía colgar el teléfono, temblaba y yo misma me decía él va a cambiar porque ya me dijo que le ayude; pero luego me daba mucha cólera porque yo en esos momentos no reaccionaba y no le daba a entender como realmente me sentía. Él se salía con su gusto de haberme insultado y yo haberle escuchado; eso ocurre siempre, nada cambia y nada cambiará”

Identifique los pensamientos que hicieron que usted se sintiera de este modo

“Falacia de cambio” “Etiquetaje” “Sobregeneralización”

- Su conducta fue útil? No
- Le ayudo a solucionar el problema en un corto plazo? No
- Su conducta le ayudo a solucionar el problema a largo plazo? No
- Sus sentimientos extremos le ayudaron a pensar claramente y solucionar el problema o tratar con el evento perturbador? No
- Sus pensamientos facilitaron en algo el afrontamiento del problema? No

Qué opinión le merece este ejercicio? Para que le es útil?

“Yo creo que permite darme cuenta que la forma como pienso no me está ayudando sino me hace sentir mal y termino llorando a solas, siento que no valgo para nada, pero vuelvo a pensar de que él puede cambiar y podríamos ser mejores pareja”

Gina se quejaba de que ella se sentía abatida y perturbada la mayor parte del tiempo. “Yo no tengo control sobre la forma en que me siento”, decía ella. Cuando aprendió que sus pensamientos eran en gran medida responsables de sus sentimientos fue capaz de ganar un mayor control sobre sus emociones perturbadoras. Ella encontró que, con un poco de esfuerzo y práctica, le era posible controlar y alterar muchos de sus pensamientos negativos.

Casi todos han escuchado el dicho “La mente por encima de la materia” En tanto es dudoso que la mente humana pueda controlar los objetos con sólo el poder mental, lo que si resulta crecientemente claro es que los pensamientos y las percepciones pueden influir dramáticamente los estados de ánimo, los sentimientos y las emociones

Seguramente muchas veces ha escuchado decir a alguien, “Realmente esto me hace sentir mal” p “El e fastidia” o “esto me perturba”, ¿Cómo si los eventos externos tuvieran un control directo sobre nuestros estados de ánimo? El hecho es que:

- **No son los eventos los que ocasionan nuestras emociones, más bien es como pensamos respecto a los eventos lo que determina nuestros sentimientos.**

Nuestras reacciones emocionales a los estímulos externos realmente son el resultado combinado de los eventos externos y nuestra interpretación de tales eventos. Es decir la cadena cognitiva, el lazo que articula conjuntamente a los eventos y a las emociones en la cadena de nuestras experiencias.

Este concepto tiene al menos dos mil años de antigüedad y con frecuencia es atribuido al filósofo Epicteto, quien decía “El hombre (y la mujer) se siente perturbado no por las cosas, sino por la percepción que tiene acerca de ellas”. Muchas centurias después, William Shakespeare parafraseó este pensamiento en Hamlet cuando escribió “Nada es bueno o malo, pensarlo los torna así”

El hecho es que nosotros tenemos un tremendo control sobre nuestras emociones y no hay criaturas indefensas estímulo-respuesta que se encuentren impotentes ante sus estados de ánimo.

- **El simple hecho de reconocer que el pensamiento influye en las emociones es que un paso muy importante en el camino que lleva a una vida feliz y saludable.**

Los pensamientos negativos pueden ser desafiados y cambiados. Esto, a su vez, conduce a sentimientos y emociones más positivos.

Programa de Licencia y de Alta de pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría.

La finalidad del tratamiento del programa, es mejorar la capacidad del paciente de valerse por sí mismo e insertarse en su medio familiar, social y laboral.

Los pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría, debido a su corta permanencia deben recibir sistemáticamente una preparación para su salida del hospital, para ello se le enseña a fijar metas, a solucionar problemas asertivamente, desarrollar habilidades para enfrentar diferentes situaciones, crear conciencia de enfermedad para una mejor participación en la terapéutica de seguimiento.

Objetivo General: Promover la participación activa del paciente en la preparación de resolución de problemas para su permiso a casa y/o para su alta.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar a los pacientes la oportunidad de tomar parte activa en la identificación de metas, problemas y soluciones.
- Alentar la intervención activa en el análisis de diversas opciones y sus posibles consecuencias.
- Propiciar que los pacientes expresen sus sentimientos relacionados con su permiso a casa y de su alta.
- Analizar el estigma de haber recibido atención psiquiátrica.
- Preparar al paciente para enfrentar las situaciones que se puedan presentar en su alta.
- Fomentar actitudes positivas hacia el cumplimiento de los acuerdos tomados que requiere el tratamiento posterior a su alta, es decir la adherencia al tratamiento farmacológico.

Alcances: El programa está diseñado para grupos de pacientes hospitalizados, cuyo motivo de ingreso fue por cuadros agudos de enfermedad mental y que su tratamiento es de corta estancia en hospitalización. Este señalamiento no deja de ser aplicable para pacientes que tengan que estar internados por más tiempo.

Metodología:

Se utilizan técnicas que propicien la participación activa del grupo; como ideas, dinámicas grupales. La metodología es expositiva, reflexológica y demostrativa.

Procedimiento:

Sala con mesas y sillas en posición abierta para dar clima de espontaneidad a los participantes en forma grupal.

La participación individual del familiar y la paciente es a través de preguntas que están consignadas en una hoja para la licencia a casa. Sin embargo para su alta es un listado de actividades a desarrollar, realizados en forma conjunta con el paciente y su familiar; que es validado en sus sesiones de paciente continuador en consulta externa.

Terapia de Relajación con pacientes del Servicio de Hospitalización del Hospital
“Víctor Larco Herrera”

Marco Teórico: Trabajaremos el método de relajación progresiva desarrollado por Edmund Jacobson (1934) quien trabajó un método fisiológico para combatir la tensión y la ansiedad, este método fue modificado por Joseph Wolpe, quien lo aplicó en un programa sistemático de tratamiento.

Concepto de Relajación Progresiva: La tensión implica un esfuerzo que se manifiesta en el acortamiento de las fibras musculares, esta tensión se presenta cuando una persona manifiesta ansiedad, y la ansiedad puede ser eliminada haciendo desaparecer la tensión.

La relajación de los músculos, es decir, la ausencia completa de todas las contracciones se vio como el supuesto fisiológico directo de la tensión y por esto el tratamiento lógico para las personas tensas.

La relajación progresiva alude al procedimiento de aprendizaje paulatino de reconocimiento de la tensión y distensión en diferentes grupos musculares. Es un aprendizaje graduado y relacionado, lo que implica que no se pueden obviar los grupos de músculos a relajar en el orden establecido. Buscaremos por ello aprender a relajar cada grupo muscular independientemente (en una primera fase) para un mejor reconocimiento, para luego ir integrándolos.

Además de enseñarle al paciente cómo relajarse buscamos que aprendan a conocer y discriminar la tensión y la relajación y cómo aparecen en las situaciones de la vida diaria, así como aquí en nuestras sesiones. Debe entenderse claramente que aprender las habilidades de relajación es igual que aprender cualquier otro tipo de habilidad como nadar, montar bicicleta, etc.

Las áreas corporales a relajar son las siguientes:

- Extremidades superiores
- Músculos de la cara
- Cuello, hombros y espalda
- Pecho y abdomen
- Extremidades inferiores

El objetivo del entrenamiento en relajación progresiva es lograr reducir la tensión muscular en el cuerpo. Para ello, se le pedirá al paciente, por ejemplo, que centre su atención en los músculos de la mano y antebrazo derecho y que lo relaje. Puede ser que los relaje soltándolos simplemente; sin embargo, en la relajación progresiva queremos que aprenda a producir reducciones aún más marcadas de tensión y más evidentes, y el mejor modo de hacerlo es producir primero bastante tensión en el grupo de músculos y entonces repentinamente soltar esta tensión. La descarga crea un momento que permite a los músculos relajarse más allá de lo acostumbrado.

Otra ventaja importante de tensar y distensar los músculos es que le dará al paciente una oportunidad para centrar su atención y llegar a ser claramente consciente de cómo siente realmente la tensión encada uno de los diversos grupos de músculos que iremos trabajando. Además el procedimiento de relajación proporcionará un contraste vivido entre tensión y relajación, y le permitirá apreciar la diferencia de sensaciones asociadas con cada uno de esos estados.

El objetivo de este programa de relación es enseñarles a los pacientes como se puede combatir los efectos nocivos del estrés y la tensión. Existe un nivel donde el estrés es positivo en términos que impulsa a actuar; sin embargo se torna negativo cuando se presenta por un tiempo prolongado y de manera excesiva.

Cualquier persona puede aprender a relajarse, pero es importante tener en cuenta tres aspectos:

Tener cierta comprensión de los principios básicos (explicados posteriormente)

La importancia de la práctica.

Tener confianza en la capacidad del organismo para curarse y adaptarse al estrés.

Conceptos básicos:

Estrés: en términos biológicos significa cualquier cosa que constituya una amenaza real o imaginaria capaz de afectar negativamente el organismo. Polo general, está asociado a la angustia, presión, carga o pena. Se relaciona con situaciones que generan tensión, frustración y preocupación. El estrés es entonces, la proporción de desgaste y tensión

del cuerpo. La forma de reaccionar ante estas situaciones depende de las características individuales, la constitución genética, las experiencias infantiles y el medio ambiente. Por ejemplo algunas personas surgen de dolores de cabeza, presión alta, trastornos digestivos, entre otros.

Efectos del estrés prolongado:

- **Fisiológico:** El estrés afecta al ser humano en su componente biológico, es decir que afecta al cuerpo, los músculos se tensan, la respiración se acelera, el corazón late más fuerte, aumenta la sudoración corporal, entre otras cosas. Todo ello prepara al organismo para responder a las situaciones que generan ansiedad. Si el estrés es muy prolongado y estos componentes se mantienen, pueden producir algunas enfermedades. Por ejemplo: ulcera, dolores musculares, de cabeza, etc.
- **Psicológicos:** Cuando hay tensión, nos sentimos nerviosos, ansiosos, preocupados, irritables, tristes, tenemos menor capacidad para resolver problemas, por lo tanto nuestra capacidad de adaptación disminuye.
- **Sociales:** Cuando el estrés es fuerte podemos reaccionar de diferentes formas en la interacción con los demás. Por ejemplo, la persona puede aislarse, retraerse, deprimirse o manifestarse en forma agresiva.

La excitación es necesaria: Un nivel de excitación es necesario para salir adelante. Por ejemplo: para caminar, trabajar, trazarse metas. Sin embargo, un nivel excesivo puede entorpecer nuestro desempeño conduciéndonos a agotamientos. Físicos, psicológicos y enfermedades.

Relajación: Es un estado que por excelencia se contrapone al estado de relajación muscular, disminución del pulso y ritmo cardíaco, respiración tranquila que lleva a un estado físico placentero. Se siente tranquilidad y calma.

Beneficios:

- Eliminar la fatiga
- Ayuda a eliminar los dolores causados por la tensión
- Ayuda a tolerar el dolor

- Facilita las relaciones interpersonales
- Da la sensación de bienestar
- Permite un sueño reparador
- Ayuda a manejar mejor los problemas personales

Sesión N° I

Presentación de todos los miembros del grupo de relajación

El objetivo principal será de explicar el concepto de estrés mediante preguntas al grupo.

Dar a conocer los principios básicos de la relajación, la necesidad de practicar los ejercicios realizados durante las sesiones y la utilidad de confiar en su propio organismo.

Conocer los efectos del estrés prolongado: Efectos Fisiológicos, efectos psicológicos y efectos sociales.

Explicar que la excitación es necesaria, pero que en exceso nos perjudica llevándonos al agotamiento físico y psicológico

Realizar un ejercicio para ubicar la tensión y dar ejemplos de malas posturas.

Señalar el concepto de relajación progresiva y sus beneficios.

Ejercicio 1: Extremidades superiores

- Brazos adelante, pulgar hacia adentro, cierren el puño
- Brazos adelante, doblarlos hacia el cuerpo, pulgar hacia adentro y cierren el puño
- Brazos adelante, palmas hacia afuera, estirar los dedos lo más posible
- Tomar los codos con las dos manos y presionar

Nota: Los ejercicios se realizan tres veces, tensando cinco segundos y relajando treinta segundos.

Al finalizar la sesión se le preguntará a cada paciente como se ha sentido en el grupo, si ha logrado relajarse y se desea continuar.

Sesión N° II: Relajación de los músculos de la cara

- Revisar aprendizaje anterior
- Sube las cejas tratando de llegar a la parte superior de la frente
- Junta las cejas, tratando de unir las al centro, frunciendo el ceño.
- Cierra los parpados y presiona con fuerza
- Arruga la nariz
- Presiona la mandíbula y trata de llevar la comisura de los labios hacia atrás

Nota: se tensa 5 segundos y se relaja treinta segundos

Sesión III: Cuello Hombros y espalda

- Revisar aprendizaje anterior
- Tratar de llevar la barbilla hacia adelante y luego hacia atrás
- Trata de tocar con la oreja derecha tu hombro derecho y viceversa
- Hombros hacia adelante y relaja
- Hombros hacia atrás y relaja
- Hombros hacia arriba tratando de tocar las orejas, relaja
- Trata de juntar los codos hacia atrás, intentando que los omoplatos e unan al centro

Sesión IV: Relajación Abdomen –Pecho

- Revisar aprendizaje anterior
- Toma aire lo más que puedas, retenlo y suelta poco a poco
- *Trata de llevar los hombros hacia atrás al inspirar y hacia adelante al espirar
- Pon duro el abdomen y suelta.

Nota: Tensar cinco segundos y relajar treinta segundos

Sesión V: Extremidades Inferiores

- Revisar aprendizaje anterior
- Para realizar esta sesión, cada paciente debe utilizar una silla
- Presiona contra la silla los glúteos y ténsalos

- Pon duros los músculos de la pierna tratando de subirlas y bajarlas lentamente
- Estirar los pies y trócelos hacia adentro
- Estirar el pie hacia afuera

Nota: Se tensa cinco segundos y se relaja treinta segundos.

Sesión VI: En esta sesión se hará una revisión de todos los grupos musculares estudiados con la finalidad de lograr la relajación progresiva. Se pondrán resolver las preguntas y dudas de los participantes acerca de los ejercicios.

Nota: A partir de la segunda sesión se realizaran ejercicios de respiración y al finalizar se pedirá a los pacientes que se echen en el piso para realizar una imagen relajante. Mediante el conteo de cinco a cero se revisaran toso los musclas del cuerpo tratando de centrarse en la tarea y buscar una mejor relajación.