



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Informe de experiencias profesionales y estudio de caso
en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional
Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú
EsSalud : trastorno de adaptación con reacción mixta de
ansiedad y depresión**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

Berenice Mercedes de la Torre Sobrevilla

LIMA – PERÚ
2014

A mi esposo Enrique y a mis hijos.

“Me veo en los demás y veo a los demás en mí mismo”

Sutra: Tat Tvam Asi

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

INFORMACION GENERAL

I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

1.1 Nombre del Hospital.....	10
1.2 Ubicación y Dirección.....	10
1.3 Características de la Infraestructura.....	11
1.4 Historia del Hospital.....	11
1.5 Historia del Servicio de Psicología del Hospital.....	15

II. GESTION INSTITUCIONAL

2.1 Visión Institucional.....	19
2.2 Misión Institucional.....	19
2.3 Principios de la Seguridad Social.....	19

III.GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

3.1 Visión.....	20
3.2 Misión.....	20
3.3 Infraestructura del Servicio de Psicología.....	20
3.4 Horarios de Trabajo.....	21
3.5 Recursos Humanos.....	22
3.6 Estructura Funcional.....	22
3.7 Organización Funcional.....	22
3.8 Objetivos.....	23

3.9 Estadística General 2012 – 2013 del Servicio de Psicología.....	24
3.10 Funciones del Servicio de Psicología.....	26

IV. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

4.1 Nombre.....	28
4.2 Descripción.....	28
4.3 Objetivos Generales.....	28
4.4 Objetivos específicos.....	29
4.5 Estadística Individual 2012-2013.....	30
4.6 Descripción de las Actividades Psicológicas.....	34
4.7 Material psicométrico utilizado.....	39

CAPITULO II

Caso clínico	58
Informe psicológico.....	64
Plan de tratamiento.....	70

CONCLUSIONES	80
---------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	83
---------------------------	----

ANEXOS	85
---------------------	----

INFORMACIÓN GENERAL

- ❖ Nombres y Apellidos : BERENICE MERCEDES DE LA TORRE
SOBREVILLA
- ❖ Lugar donde labora : HOSPITAL NACIONAL
“EDGARDO REBAGLIATI MARTINS”
- ❖ Años de experiencia en el Hospital : 28 años 3 meses
- ❖ Horario de trabajo : • Lunes, miércoles, jueves, viernes, sábado:
08:00-14:00
• Martes: 12:00-18:00.
- ❖ Área donde desempeña funciones : • Departamento de Nefrología – Unidad de
Trasplante 10 “A”
• Consulta Externa – Psicología en
Nefrología

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez.

La psicología aplicada a la medicina estudia las interacciones recíprocas entre procesos psíquicos y biológicos; considera que todos aquellos aspectos psicológicos presentes al enfermar, al recuperarse y cómo se adapta el individuo a la enfermedad. Considera que la salud y la enfermedad son atributos de la persona en su totalidad y que así deben ser considerados por todo profesional de la salud. Los factores psicológicos o emocionales influyen y modulan todos los procesos vitales, tanto en estados de salud como de enfermedad. Esto es aún más relevante cuando las personas están siendo afectadas por enfermedades crónicas o potencialmente graves como son las enfermedades renales por ejemplo. No basta con decir, como se hace a menudo, que hay enfermedades y enfermos cuando las cosas no suceden de acuerdo con los cánones de la ciencia, sino que se debe considerar la enfermedad como un acontecimiento personal en el que el individuo queda instalado.

Los síntomas emocionales pueden interferir con la vida diaria del paciente, por lo que deben ser enfrentados con el fin de superarlos o mejorarlos. Es importante reforzar la autoestima y establecer que la enfermedad no es causada por problemas psicológicos o mentales con el fin de evitar sentimientos de culpa, ya que esta condición no se debe a que el paciente no pueda controlar sus emociones. Esto debe ser abordado junto con la familia del paciente, amigos, médico tratante, y psicólogo.

La impronta de las concepciones dualistas de la naturaleza humana ha hecho que en el estudio del paciente se haya abandonado cada vez más una perspectiva unitaria, escotomizando todo aquello que no sea científico natural. A pesar de eso, se ha sabido desde antiguo que la vida psíquica desempeñaba un factor importante en la salud y en la enfermedad.

El modelo más aceptado es el modelo biopsicosocial así llamado por Engel (1980), que se basa en el entendimiento de qué factores psicológicos, sociales y biológicos intervienen no sólo en la enfermedad, sino también en su recuperación y en la promoción de la salud.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el profesional de salud debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan: la personalidad del paciente, la edad, el tipo de enfermedad, la familia, las ganancias secundarias, el hospital, la personalidad del médico y demás profesionales de la salud. Todos estos elementos nos llevan a la necesidad de definir a que se denomina “Conducta de enfermedad” (Pilowsky, 1969): El modo inapropiado o no adaptado de percibir, evaluar, o actuar en relación al propio estado de salud, persistiendo a pesar de que un médico haya ofrecido una explicación adecuada y razonablemente lúcida sobre la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado de tratamiento que debe seguirse, basado en un examen concienzudo del enfermo y teniendo en cuenta la edad del sujeto así como su nivel educacional y sociocultural”

Enfermedades crónicas (Renales)

Tener una enfermedad a largo plazo, o crónica, puede afectar la vida de muchas maneras. El paciente puede sentirse frecuentemente cansado y con dolor. La enfermedad puede alterar su apariencia como es el caso de pacientes con enfermedades renales (fistulas) o sus habilidades físicas, así como su independencia. Es posible que no pueda trabajar, lo que puede ocasionarle problemas financieros. Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, pero en este caso nos interesan las enfermedades renales. Si bien, la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de estas enfermedades, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional.

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta,

adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión.

Sobrellevar los desafíos mentales y emocionales de una enfermedad crónica requiere hacerse un planteamiento realista pero también positivo. Adaptarse a su condición o sentirse bien respecto al futuro puede parecer imposible al principio, pero puede lograrse. En un reciente estudio con pacientes con problemas renales sometidos semanalmente a múltiples tratamientos de diálisis, se descubrió que su estado de ánimo percibido y su satisfacción con respecto a la vida no era diferente del de un grupo control de personas sanas.

Un psicólogo calificado puede ayudar a desarrollar la fortaleza emocional necesaria para aguantar las dificultades de las enfermedades crónicas. Al trabajar con el médico y otros especialistas, el psicólogo puede ayudar a desarrollar estrategias adecuadas para confrontar la enfermedad, que no sólo fortalecerán el programa de tratamiento sino que además contribuirán a la realización en la vida pese a cualquier limitación física.

El presente trabajo tiene por finalidad dar a conocer la labor del profesional psicólogo en el ámbito clínico, en las diferentes especialidades médicas del hospital Nacional Rebagliati Nivel III; en particular a pacientes con enfermedades crónicas y de alto riesgo, como es el caso de los pacientes con enfermedades renales. Dentro de este grupo de pacientes renales tienen particular importancia los procedimientos de trasplante renal, donde el profesional psicólogo participa en el pre y en el post operatorio, mediante procedimientos de evaluación – diagnóstico, psi coeducación y psicoterapia al paciente y su familia; lo que contribuye en la atención integral y de calidad del paciente asegurado de acuerdo a los lineamientos institucionales.

CAPITULO I

I. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1.1 Nombre del Hospital:

HOSPITAL NACIONAL “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS”

1.2 Ubicación del Hospital:

Avenida Rebagliati s/n – Jesús María, Lima – Perú

Imagen 1. Mapa de ubicación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

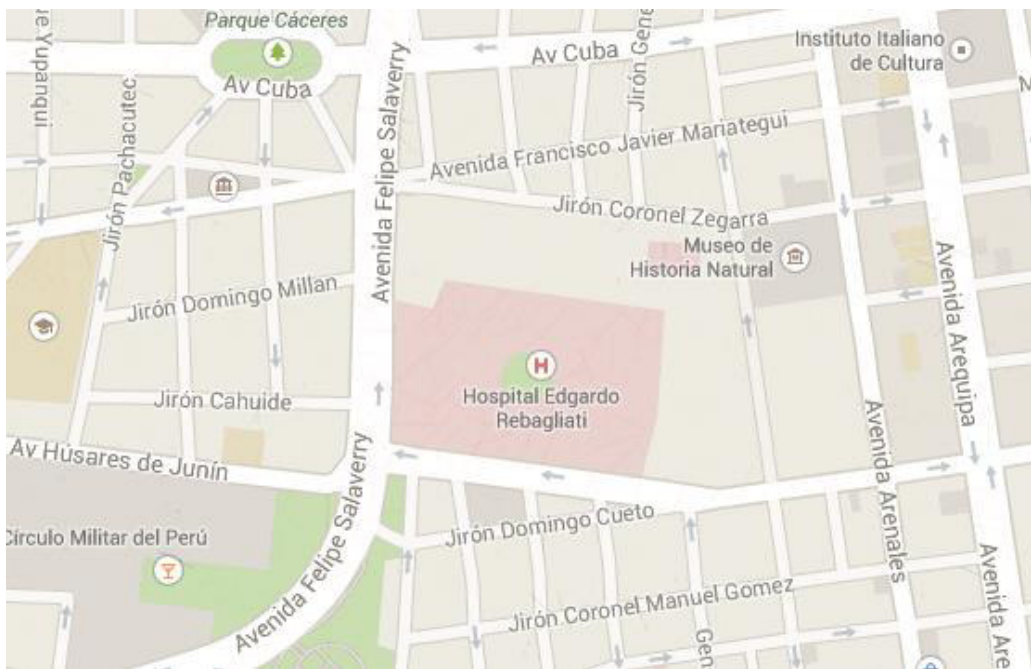


Imagen 2. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



1.3 Características de Infraestructura

Es un edificio de 14 pisos que cuenta con camas en el área de adultos, camas pediátricas y camas en las áreas críticas de emergencias, UCI y sala recuperación de cirugía.

1.4 Historia del Hospital

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud es un Hospital de III nivel que fue inaugurado el 3 de noviembre de 1958 para beneficiar a los asegurados en los campos médicos, quirúrgicos, gineco-obstétrico, pediátricos y de salud mental. Actualmente acoge más de mil 500 pacientes hospitalizados y en las instalaciones de consulta externa ofrece 40 mil consultas mensuales.

Su primer director fue el doctor Guillermo Kaelin De la Fuente, eminente médico de nuestro país, a quien en el año 1999 se rindió un justo homenaje designando al

auditorio principal de nuestro hospital con su nombre, para perennizar el reconocimiento de todo el personal.

Este imponente edificio fue declarado en el año 2008, como “Patrimonio Arquitectónico de la Seguridad Social del Perú”.

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

- Por un lado, hubo una fuerte corriente internacional de promoción de las primeras experiencias de seguros sociales en Europa, proceso que se aceleró luego de la Primera Guerra Mundial y la ocurrencia de la Gran Depresión de 1929.

El papel destacado de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada como consecuencia de la Conferencia de Paz de Versalles (1919), y que tiene como órgano supremo a la Conferencia Internacional del Trabajo, que promovió (en el período de 1919 a 1935) la implantación de sistemas de seguros sociales en el hemisferio occidental.

- Por otro lado, en el plano nacional, los movimientos sindicales y políticos emergentes durante la década del veinte introdujeron en la agenda pública la necesidad de contar con sistemas de protección social en el país, demanda que fue recogida en la Constitución Política del Perú de 1933.

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

A principios de 1935, el doctor Edgardo Rebagliati, especialista en derecho laboral, fue encargado por el general Benavides para que hiciera un estudio integral de los diversos sistemas de Seguro Social que existían en el mundo, con incidencia en aspectos asistenciales y de financiamiento, para optar fórmulas que descartaran los factores que habían hecho fracasar la valiosa conquista social en otros países.

Terminado el trabajo preparatorio, el 12 de agosto de 1936, se promulgó la ley N° 8433 que establecía el Seguro Social Obrero para cubrir riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Se procedió, luego, a la instalación de las oficinas de la Caja Nacional del Seguro Social con sus organismos administrativos y servicios técnicos, estadística, inspección, control y contabilidad, así como los de dirección médica general y de los departamentos médicos de maternidad y lactancia, tuberculosis, paludismo, estadística de la natalidad, morbilidad y mortalidad obrera, central de farmacia y laboratorio.

El Seguro Social Obrero se convertía, así, en una realidad de alto contenido de justicia social. Luego, en los años 50, el doctor Rebagliati, al mando de un grupo de destacados especialistas en derecho laboral, implementaría el Seguro Social del Empleado.

En el distrito de Jesús María por el año 1951 se empezó la construcción de un imponente edificio en un terreno que originalmente fue asignado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Los encargados de tal proyecto fueron los arquitectos estadounidenses de la División de Salud Pública de los Estados Unidos Edgard D. Stone y A.L. Aydelott quienes tenían en sus manos un verdadero reto de ingenio arquitectónico que costaría 12 millones de dólares.

Fundación e inicio

El Hospital Rebagliati, fue fundado con el nombre de Hospital Central de Seguro Social del Empleado el 3 de noviembre de 1958 cuando era Presidente de la República, don Manuel Prado Ugarteche, y ocupando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se encontraba el doctor Francisco Sánchez Moreno.

Al abrir sus puertas tuvo como director al doctor Guillermo Kaelin De la Fuente y contaba con 466 camas y 167 trabajadores en las especialidades de maternidad, laboratorio clínico, banco de sangre, rayos X, farmacia, consulta externa, emergencia y sala de operaciones. Estaba equipado con modernos equipos médicos.

Con la puesta en marcha del Hospital del Empleado se abrieron las puertas del desarrollo de la ciencia de la salud por lo que surgieron la Escuela de Enfermería, el Laboratorio Clínico y los Servicios de Dietética y Medicina Física y Rehabilitación.

En la actualidad

Han pasado más de 50 años y el hospital Rebagliati marca la pauta en lo que a atención altamente especializada se refiere, teniendo como principio la labor en equipo de todos los trabajadores que han sido capaces de construirlo y mantener su prestigio, convirtiéndolo en el hospital insignia de la Seguridad Social.

Cuenta con alrededor de 1 millón 700 mil asegurados adscritos que son atendidos por más de 5 mil trabajadores asistenciales y administrativos. Es el hospital que lidera la Red Asistencial Rebagliati, compuesta por 23 centros asistenciales y su gerente es la Doctora Malú Arias Schreiber Barba.

Es protagonista de importantes capítulos en la historia médica del país porque es el centro asistencial que ha realizado más trasplantes renales y de médula ósea, es pioneros en el implante cardíaco de células madre y en la cirugía para corregir la epilepsia. La oncología ha logrado un importante desarrollo, siendo el centro de referencia del país.

Nuestros especialistas han introducido modernas técnicas, como el tratamiento quirúrgico en la enfermedad del Parkinson, en endoscopía cerebral, cirugía oncológica, cirugía ginecológica por laparoscopía, cirugía de columna vertebral y en problemas microquirúrgicos con el uso del neuronavegador.

Continuamos a la vanguardia de la salud peruana dándole vigencia a la responsabilidad asumida desde su inicio con la docencia y la investigación para el beneficio y el desarrollo de los futuros profesionales en Medicina Humana de nuestro país. Igualmente los profesionales psicólogos a la par vienen desarrollando sus

procedimientos en los diversos ámbitos del hospital, y uno de nuestras fortalezas es el prestar servicios a nivel del cliente interno (trabajador) y externo (paciente), así de esta manera estamos al cuidado de la organización de la institución porque somos conocedores que el mejor capital de una empresa es el trabajador. Actualmente, se ha aumentado la oferta de especialidades y subespecialidades de 48 a 57, lo que convierte al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el centro de formación médica de más importante y de más alto nivel en el país.

Nos hemos planteado el reto de garantizar la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad e iniciar un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país donde la prevención es pieza clave.

Ese es nuestro rumbo y hacia allí se dirigen los esfuerzos diarios de cada uno de los trabajadores comprometidos con ofrecer bienestar y calidad de vida.

En la actualidad es referente de la medicina del País de alta complejidad, atiende a más de un millón setecientos siete mil asegurados, tiene cinco mil trabajadores Personal asistencial: médicos, psicólogos, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales, técnicos de enfermería y personal administrativo.

1.5 Historia del Servicio de Psicología

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992. Posteriormente en el año 1963, ingresa a laborar la Dra. Herlinda Chávez, para realizar las actividades de psicología específicamente en el área de psiquiatría.

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

Por el año 1980, los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, siendo necesario la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

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

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, con 4 Servicios: Servicio de Psicología de Salud Mental a cargo del Ps. Dr. Eduardo Valdizán, Servicio de Psicología de Neuropsicología a cargo del Psi. Dr. Julio Santos. Servicio de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Psi. Dra. Elsa Rodríguez Servicio de Psicología de Madre-Niño a cargo de la Psi. Dra. Gloria Díaz. Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales.

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

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades afines que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento

de Psicología es reestructurada, quedando 2 Servicios: El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Psi. María de Carmen Torres y el Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Psi. Dra. Gloria Díaz.

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

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento. Cabe resaltar que el Dr. En el año 1982, el Dr. Luis Estrada, hace una fundamentación técnica científica de las actividades del Psicólogo en el ámbito de la salud ante: El Congreso de la República, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y ante el Directorio del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social, con la finalidad de revalorar la profesión de psicología, logrando dos años después de larga lucha ubicarla al mismo nivel de las otras profesiones de salud de reconocido prestigio e incluso en esa época se iguala la remuneración de los Psicólogos al nivel de los médicos.

En 1998, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Psicóloga Berenice de la Torre Sobrevilla cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral, asimismo, con la integración de mayor número de profesionales psicólogos las actividades de nuestro servicio se han ido expandiendo.

Los logros y espacios alcanzados son resultado del esfuerzo constante de los 36 psicólogos que vienen ampliando progresivamente su presencia en casi todas las especialidades médicas, por su desempeño y cumplimiento de sus funciones de manera eficiente en coordinación con la Jefatura del Servicio que ha sido asumida por el Psicólogo Jorge Landauro Quiñe y, en la actualidad, por el Psicólogo Ramón Vera Cortegana.

Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría cuya característica principal era un clima laboral negativo

para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, con una ley que nos reconoce la ACTIVIDAD FINAL en el ejercicio profesional.

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

La atención psicológica en la actualidad se incrementa en las diversa especialidades médicas, haciendo el servicio de psicología un posicionamiento de la atención emocional, conductual y cognitivo en el hospital, así mismo en esta atención se incluye a los usuarios internos considerando un elemento importante dentro de una institución al factor humano que es el capital de una empresa y teniendo en cuenta este concepto logramos dicha atención a través de los diferentes talleres -manejo del estrés, o en forma individual a través de las interconsultas derivadas de médico de personal del Hospital.

Como parte del proceso de mejoramiento continuo de las actividades del psicólogo, estas han sido organizadas y estandarizadas a nivel nacional para su aplicación correspondiente por los psicólogos de ESSALUD.

En el área de psicología somos referente de otras instituciones en la formación académica, por tanto somos sede docente de diversas universidades, y ofrecemos pasantías en psicología clínica, Neuropsicología y en psicoterapia grupal e individual. También hemos recibido visita de instituciones extranjeras, que han tomado como modelo nuestra forma de trabajo y organización.

II. GESTION INSTITUCIONAL

2.1 Visión

“Hacia un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar”.

2.2 Misión

“Somos un seguro Social de Salud que brinde una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludable a nuestros asegurados”.

2.3 Principios de la seguridad social

✓ **Solidaridad**

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

✓ **Universalidad**

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

✓ **Igualdad**

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación. Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

✓ **Integralidad**

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

✓ **Autonomía**

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

III. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

3.1 Visión

“Ser un servicio líder en el ámbito de la psicología de la Seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

3.2 Misión

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

3.3 Infraestructura

Nuestro Servicio de Psicología del HNERM, se encuentra ubicado en el primer piso del Edificio principal que tiene una edificación de material noble, distribuida en 3 espacios, 1 ambiente destinado a la Jefatura del área, la secretaria y la sala de psicoterapia para la ejecución de talleres y terapia de grupo o terapias familiares. Adicionalmente, se cuentan con 6 consultorios para la atención ambulatoria (Adultos,

adolescentes, niños) ubicados en el primer piso del lado C, en el área de Salud Mental, Rehabilitación y Pediatría destinados para la consulta externa.

3.4 Horarios de trabajo del Servicio de Psicología

De lunes a sábado 08:00 – 20:00 horas

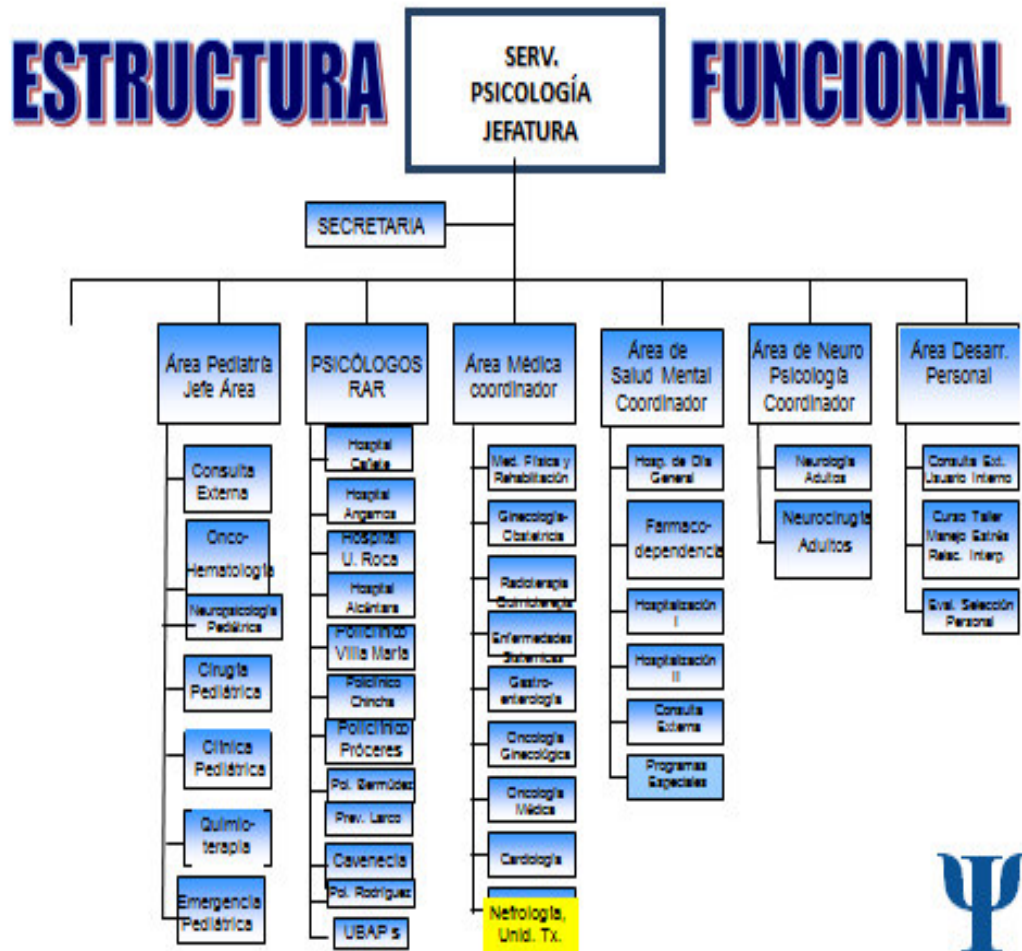
3.5 Recursos humanos

Cuadro 1. Relación de profesionales psicólogos en las diferentes especialidades médicas del HERM

SERVICIO	NUMERO DE PSICOLOGOS
Neurología - Neurocirugía	02
Medicina Interna	01
Cardiología – Cirugía Cardiovascular	01
Nefrología – Unidad De Trasplante- Dipac	02
Traumatología (9 A – B - C)	01
Oncología - Hematología	01
Oncología Ginecológica y Mamaria	01
UCIN – UCI 7B	02
Gastroenterología – Trasplante Hígado	01
Obstetricia (5 A- B –C)	01
Enfermedades Sistémicas	01
Neonatología (2 A)	01
UCI (2C)	01
Rehabilitación Adultos	03
Rehabilitación Pediátrica	01
Emergencia Pediátrica	01
Onco-hematología Pediátrica	01
Clínica Pediátrica y Especializada	01
Cirugía Pediátrica	01
Salud Mental (Hospitalización, Programas, Adolescentes)	08
Hospitalización Parcial – Salud Mental	03
Hospitalización Parcial - Farmacodependencia	01
Enfermedades Infecciosas	01
Total	37

3.7 Estructura funcional

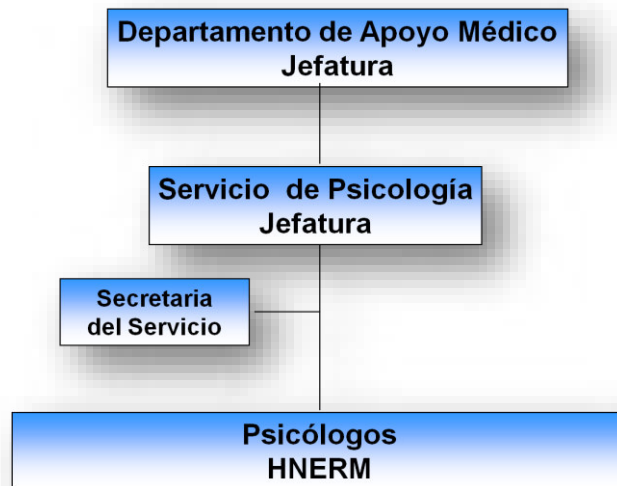
Grafico 1. Organigrama de la estructura funcional del Servicio de Psicología



3.8 Organización Estructural del Servicio

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

Grafico 2. Organigrama de la organización estructural del servicio



3.9 Objetivos

- Brindar atención psicológica con los procedimientos de evaluación diagnóstico y tratamiento en los tres niveles de atención con énfasis en la atención primaria, prevención promoción, tratamiento y rehabilitación.
- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieran correspondientes al nivel III, que son trasferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.
- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.

- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y la dirigir la supervisión y evaluación del internado de psicología.
- Realizar actividades de prevención, promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.

3.10 Estadística general del Servicio de Psicología 2012 – 2013

Cuadro 2. Procedimientos del servicio de Psicología en Atención Ambulatoria y Hospitalización 2012-2013

	Año 2012	Año 2013
Procedimientos diagnósticos de Psicología	14807	14723
Procedimientos terapéuticos psicológicos	31072	32404
Procedimientos preventivo promocionales	6830	5857
Total	52709	52984

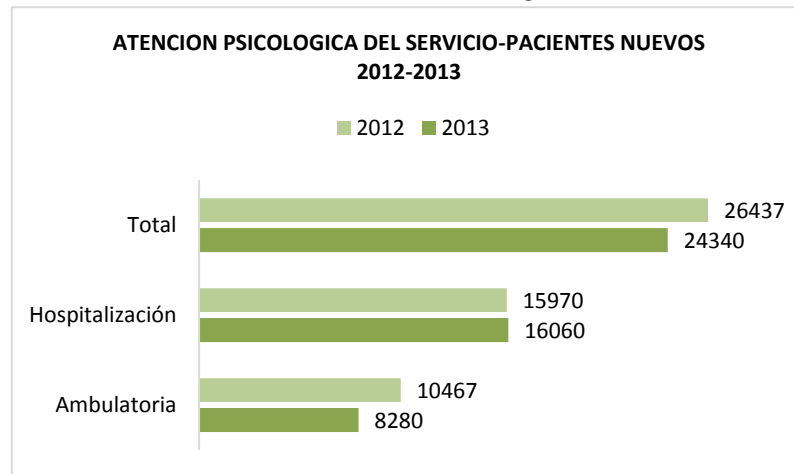
Grafico 3. Procedimientos del servicio de Psicología en Atención Ambulatoria y Hospitalización 2012-2013



Cuadro 3. Actividades del Servicio de Psicología-Pacientes nuevos 2012 2013

	2012	2013
Ambulatoria	10467	8280
Hospitalización	15970	16060
Total	26437	24340

Grafico 4. Procedimientos del Servicio de Psicología-Pacientes nuevos 2012 2013



3.11 Funciones del Servicio de Psicología

- Elaborar propuestas de programación asistencial del servicio, en función al cumplimiento de metas aprobadas, la variación de la demanda, disponibilidad de oferta, rendimientos, estándares; acorde a las normas vigentes. Ejecutar y controlar el cumplimiento de la programación aprobada, y realizar acciones correctivas.
- Evaluar los resultados alcanzados por el servicio mediante indicadores y ejecutar las medidas correctivas.
- Organizar, ejecutar y controlar la atención psicológica oportuna a pacientes que requieren evaluación, diagnóstico, tratamiento recuperación, y rehabilitación de la conducta, funciones psicológicas o estado emocional, en el marco de los protocolos y normas técnicas, y de seguridad vigente.
- Atender con oportunidad y prontitud las interconsultas de otros servicios y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes.

- Elaborar, actualizar y aplicar los protocolos, manuales de procedimientos y otros documentos de gestión.
- Realizar un correcto registro de las solicitudes, atenciones psicológicas, y resultados en los formularios establecidos y en los sistemas informáticos institucionales. Ejecutar acciones correctivas.

IV. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE TRABAJO

SERVICIO DE NEFROLOGIA CLINICA

Forma parte del Departamento de nefrología; y está organizada en dos unidades: la unidad de Trasplante Renal y la Unidad de Hospitalización. Es en estas unidades donde la suscrita está asignada para brindar atención profesional de psicología del área de hospitalización; además se brinda atención de consulta externa a todos los pacientes del Departamento de Nefrología.

LA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL – UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Tienen por objeto la administración de cuidados a pacientes pre y post quirúrgicos tras el implante renal o a pacientes reingresados. En esta área se realiza la intervención quirúrgica y consiste en la colocación de un riñón procedente de donante vivo y donante cadavérico en un receptor que padece una insuficiencia renal crónica terminal, La edad de los pacientes fluctúa entre los 5 a 70 años. Uno de los requisitos es el compromiso de la familia para los cuidados respectivos en el pre y post trasplante. Se encuentra ubicado en el 10 A, y cuenta con dos habitaciones individuales y 4 habitaciones dobles.

El staff de profesionales consta: 6 Médicos Nefrólogo, Médicos Residentes, 8 enfermeras, cuatro Técnicos, 1 Psicólogo, Nutricionista, Trabajadora Social.

4.1 Nombre:

Departamento de Nefrología

4.2 Descripción

El Departamento de Nefrología es un órgano de línea encargado de brindar servicios relacionados a la atención medico quirúrgica altamente especializada referente a la patología de las enfermedades renales: el manejo de pacientes con insuficiencia Renal Crónica Terminal con terapia de reemplazo renal, Hemodiálisis, Diálisis peritoneal, nefrología Intervencionista y el Trasplante Renal, estando comprometido a mantener dicha atención con el equipo interdisciplinario, desarrollando sus funciones con eficiencia y eficacia para el logro de los objetivos de la institución.

4.3 Objetivo general

Brindar atención psicológica con los procedimientos de evaluación Diagnostico, psicoterapia y/o consejería especializada en el Departamento de Nefrología – Servicio de nefrología clínica y en Consulta externa.

Objetivos específicos

- Realizar evaluación psicológica en las áreas emocional, cognitiva, conductual, para el diagnóstico de personalidad en pacientes desde los 14 años de edad.

- Realizar evaluación psicológica de familias y parejas relacionadas con el paciente.
- Evaluar los conocimientos, actitudes, temores, prejuicios, relacionados con el trasplante renal.
- Brindar psi coeducación dirigida a pacientes y familiares con el objeto de conseguir la comprensión, colaboración frente al proceso del pre y post trasplante renal.
- Psicoterapia individual del paciente con la finalidad de reforzar sus recursos psicológicos y minimizar sus áreas de conflicto.
- Psicoterapia familiar y de pareja con la finalidad de reforzar sus recursos emocionales y minimizar sus áreas de conflicto.
- Elaborar informe psicológico de los pacientes que se encuentran dentro del protocolo de Pre trasplante con la finalidad de ingresar a la lista de espera.
- Evaluar intereses vocacionales, hábitos de estudio y otras pertinentes en adolescentes y jóvenes que soliciten evaluación y orientación vocacional.
- Brindar asesoría en aspectos psicológicos relacionados al manejo de los pacientes y/o familia al personal profesional y no profesional del departamento que lo soliciten.
- Asistir a las reuniones de coordinación interna para el análisis de casos, revisión de informes y programación de actividades.
- Participar de actividades sociales con la finalidad de interactuar con el equipo interdisciplinario.

4.4 Estadísticas de las actividades de:

Ps. BERENICE DE LA TORRE SOBREVILLA

Cuadro 4. Actividades psicológicas ambulatorias 2012-2013

	Año 2012	Año 2013
Atención de Pacientes Nuevos	129	115
Evaluación - Aplicación de Pruebas Psicológicas	285	322
Terapia Psicológica Individual	251	196
Terapia Psicológica Familiar	58	82
Total	723	715

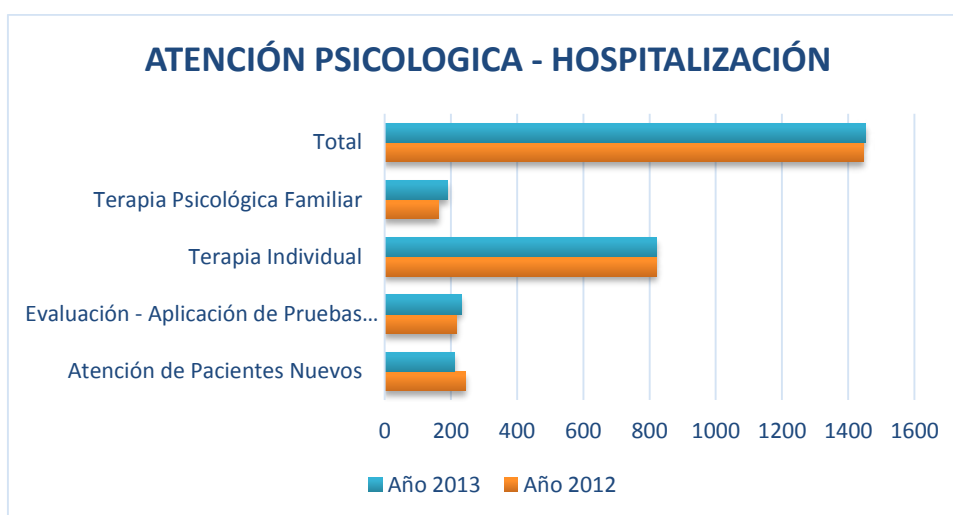
Grafico 5. Actividades psicológicas ambulatorias 2012-2013



Cuadro 5. Actividades psicológicas en hospitalización 2012-2013

	Año 2012	Año 2013
Atención de Pacientes Nuevos	245	210
Evaluación Aplicación de Pruebas Psicológicas	218	232
Terapia Individual	822	821
Terapia Psicológica Familiar	162	189
Total	1447	1452

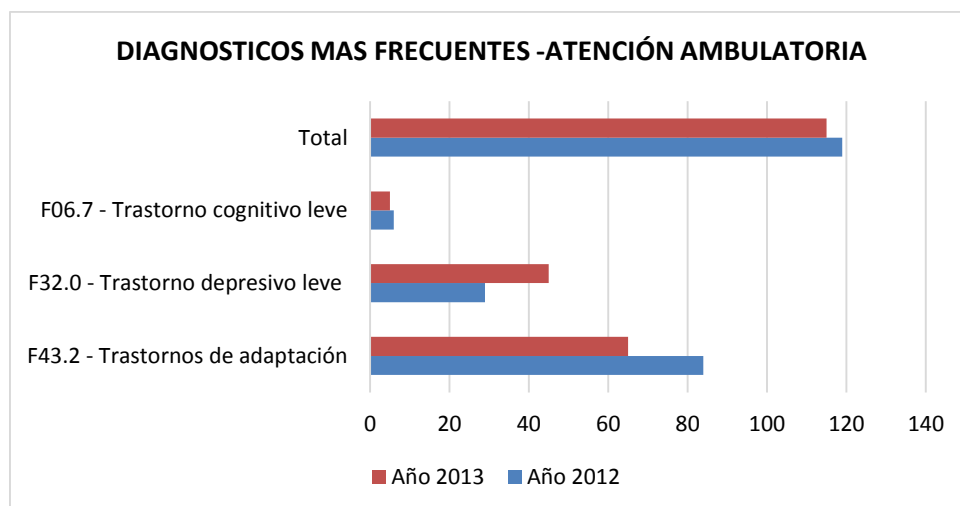
Grafico 6. Actividades psicológicas en hospitalización 2012-2013



Cuadro 6. Diagnósticos más frecuentes en atención ambulatoria 2012-2013

	Año 2012	Año 2013
F43.2 - Trastornos de adaptación	84	65
F32.0 - Trastorno depresivo leve	29	45
F06.7 - Trastorno cognitivo leve	6	5
Total	119	115

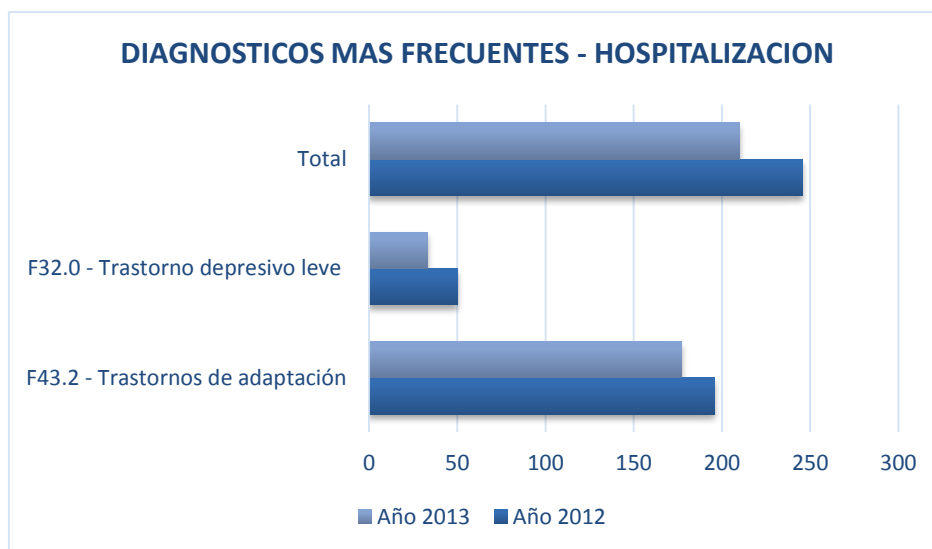
Grafico 7. Diagnósticos más frecuentes en atención ambulatoria 2012-2013



Cuadro 7. Diagnósticos más frecuentes en hospitalización 2012-2013

	Año 2012	Año 2013
F43.2 - Trastornos de adaptación	196	177
F32.0 - Trastorno depresivo leve	50	33
Total	246	210

Grafico 8. Diagnósticos más frecuentes en hospitalización 2012-2013



4.6 Descripción de las Actividades Psicológicas

La atención psicológica, los procedimientos de evaluación y de psicoterapia a nivel individual, familiar y grupal se dan a nivel de hospitalización y ambulatoria.

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

Unidad de Medida : Atención

- **Atención en hospitalización.** Conjunto de actividades y procedimientos psicológicos brindados al paciente en los servicios de hospitalización en áreas críticas y no críticas durante el internamiento. Tiene por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.

Unidad de Medida : Atención

- **Atención Psicológica.** Es la prestación de salud realizado por el profesional Psicólogo al beneficiario para la detección oportuna de la existencia de riesgo y/o daño psicológico individual, de pareja, de familia o psicosocial específica (asociada o simultánea al daño físico), para la evaluación, diagnóstico, terapia psicológica y seguimiento.

Unidad de Medida : Atención

- **Campaña de Promoción de la salud.** Estrategia de Comunicación masiva entre el psicólogo y los usuarios asegurados y no asegurados, usando los

procedimientos de detección (evaluación) y terapias grupales, con la finalidad de identificar factores de riesgo.

- **Consejería.** Estrategia de comunicación, información, acompañamiento y escucha entre el Psicólogo y él o los usuarios, que se aplica como metodología de prevención y apoyo en salud.

Unidad de Medida : Sesión

- **Charla de Salud.** Actividad educativa grupal que puede ser ofrecida dentro o fuera del centro asistencial sobre un tema específico con o sin demostración, cuyo objetivo es la información, sensibilización y motivación de las personas respecto al autocuidado de la salud en su contexto familiar, comunitario y ambiental, de acuerdo a los ejes temáticos de la cartera de servicios de salud de complejidad creciente.

No. de participantes : Grupos de 10 a 20 personas

Duración de las charlas : 1 hora (incluido el registro)

Unidad de Medida : Charla

- **Educación Sanitaria.** Técnica de promoción de la salud aplicada por el profesional Psicólogo para fines de información, sensibilización y fomento del autocuidado de la salud que se realiza en forma individual o grupal, intra o extramuro, incluye capacitación a trabajadores de la salud.

No. de participantes : Grupos de 10 a 20 personas

Duración de las charlas : 1 hora (incluido el registro)

Unidad de Medida : Sesión

- **Evaluaciones Psicológicas y/o neuropsicológicas.**

Son procedimientos de evaluación con la finalidad de llegar a un diagnóstico mediante pruebas psicométricas, proyectivas.

No. de participantes : individual y/o en forma grupal

Duración : 1 hora (incluido el registro)
Unidad de Medida : Sesión

- **Informe Psicológico.** Documento técnico que realiza el Psicólogo en el que sintetiza los resultados de la entrevista, anamnesis psicológica y los procedimientos psicológicos (de diagnóstico, o de tratamiento y/o recuperación).

No. de participantes : Grupos de 10 a 20 personas
Duración de la elaboración de Informes : 20 minutos
Unidad de Medida : Informe

- **Procedimientos Diagnósticos.** Son los exámenes para determinar el riesgo, daño en la esfera psicológica o establecer perfiles psicológicos. El procedimiento comprende la evaluación psicológica que consiste en el uso de test o pruebas psicológicas y neuropsicológicas.

No. de participantes : 1
Duración de la evaluación : 45 minutos
Unidad de Medida : prueba

- **Procedimientos Preventivos Promocionales.** Son actividades que se aplican a la población en riesgo y son de naturaleza multimodal. Estas prestaciones se brindan a través de la consejería (individual o familiar, psicoprofilaxis (Talleres Psicológicos) y Visita Domiciliaria.

No. de participantes : Grupos de 10 a 20 personas
Duración de las charlas : 1 hora (incluido el registro)
Unidad de Medida : Charla

- **Procedimientos Terapéuticos.** Son actividades de recuperación, rehabilitación que aplica el psicólogo usando procedimientos terapéuticos multimodales según el caso, lo que a su vez genera un cambio en la actitud y

conducta del paciente. Se aplica como: terapia individual, terapia de pareja, terapia de familia y terapia grupal. Incluye terapia de lenguaje, terapia de aprendizaje, terapia de atención-concentración, entre otros.

No. de participantes : Individual, pareja, y/o familia
Duración de terapia : 45 minutos (incluido el registro)
Unidad de Medida : Sesión

- **Terapia Familiar.** Procedimiento especializado realizado por el Psicólogo que tiene por finalidad potenciar los recursos de la familia con el objetivo de cambiar el sistema relacional.

No. de participantes : familia de 3, 4,5 y7o más miembros
Duración de terapia : 45 minutos (incluido el registro)
Unidad de Medida : Sesión

- **Terapia Psicológica de Pareja.** Procedimiento especializado realizado por el Psicólogo que tiene como unidad de análisis a la pareja y que concentra sus esfuerzos en modificar las interacciones de la pareja conyugal.

No. de participantes : 2
Duración de la terapia : 45 minutos (incluido el registro)
Unidad de Medida : sesión

- **Terapia Psicológica Grupal.** Procedimiento especializado realizado por el Psicólogo dirigido a un grupo de pacientes, el que tiene como objetivo su tratamiento y recuperación. El número de participantes es de 8 a 15 pacientes.

No. de participantes : Grupos de 10 a 20 personas
Duración de la terapia : 2 horas (incluido el registro)
Unidad de Medida : Sesión

- **Terapia Psicológica Individual.** Procedimiento terapéutico realizado por el Psicólogo con la atención focalizada en una sola persona, tiene como objetivo el establecimiento cognitivo, emocional y comportamental del individuo, a

fin que pueda integrarse a las áreas afectadas. Este tipo de terapia es multimodal. Incluye Restitución de habilidades cognitivas.

No. de participantes	:	1
Duración de la terapia	:	45 minutos
Unidad de Medida	:	sesión

Capacidad resolutive del Servicio de Psicología en consulta externa y en hospitalización

➤ **EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y ADULTOS MAYORES**

- Evaluaciones psicológicas
- Evaluaciones neuropsicológicas
- Evaluaciones de discapacidad
- Orientación vocacional

➤ **PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS**

- Restitución y tratamiento de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales.
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia en crisis en pacientes y/o familias en estado crítico terminal o de alto riesgo.
- Psicoterapia de pareja
- Psicoterapia de familia
- Psicoterapia grupal
- Psicorrelajación
- Logoterapia en pacientes con situaciones limites

➤ **PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN:**

- Consejería Familiar.
- Educación grupal: Charlas preventivos promocionales para el desarrollo de estilos de vida saludables.

4.7 Material psicométrico utilizado

ÁREA INTELECTUAL

○ **Escala de Inteligencia para niños y adolescentes de Wechsler (WISC IV)**

<i>Autor(es)</i>	:	D. Wechsler, A. Kauffman
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	Variable, en torno a 02 horas
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños de 06 a 16 años y 11 meses
<i>Objetivo</i>	:	Medir la habilidad o nivel intelectual

○ **Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS III)**

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

○ **Escala de Inteligencia de Stanford-Binet L - M**

<i>Autor(es)</i>	:	A. Binet
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	40 – 50 min.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños de 02 a 18 años
<i>Objetivo</i>	:	Evaluar la capacidad intelectual

○ **Test de Matrices Progresivas de Raven**

<i>Autor(es)</i>	:	J. C. Raven
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	40 a 90 min.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Medir la habilidad para hacer comparaciones,

ÁREA VISOMOTRIZ

○ **Test Guestáltico Visomotor de Bender (B.G)**

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

ÁREA SOCIOEMOCIONAL Y PERSONALIDAD

○ **Escala de la Observación de la Madurez Emocional**

<i>Autor(es)</i>	:	Karina Rut Gutiérrez Vargas
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	15 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños a partir de 8 años y adolescentes
<i>Objetivo</i>	:	Aspectos emocionales en niños y adolescentes.

○ **Escala de Madurez Social de VINNELAND**

<i>Autor(es)</i>	:	Edgard Doll
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	20 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	De 0 a 25 años
<i>Objetivo</i>	:	Mide la madurez social del niño y joven, brindando un esquema para revisar el desarrollo de la historia vital

○ **Test de Dibujo de la Figura Humana**

<i>Autor(es)</i>	:	Elizabeth Münsterberg Koppitz
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	No hay tiempo límite.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños (as) entre 05 y 12 años
<i>Objetivo</i>	:	Evalúa el nivel de maduración (aspecto evolutivo) y el relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño (aspecto emocional).

○ **Test del Árbol - Casa - Persona (HTP)**

<i>Autor(es)</i>	:	John N. Buck y W. L. Warren
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	Entre 30 y 90 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños, Adolescentes y Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Evaluación de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar.

○ **Test del Árbol**

<i>Autor(es)</i>	:	Karl Koch
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva

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

○ **Test del Dibujo de la Persona bajo la Lluvia**

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

○ **Test de la Figura Humana de Karen MACHOVER**

<i>Autor(es)</i>	:	Karen Machover
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual o Colectiva
<i>Duración</i>	:	15 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños, adolescentes y adultos o
<i>Objetivo</i>	:	Reflejar en cierto modo una representación 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 Proyectivo del “Animal que No Existe”**

<i>Autor(es)</i>	:	Drukarevich M. Z.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	30 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Proyección de personalidad y defensas

○ **Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach**

<i>Autor(es)</i>	:	B. Klopfer y D. Kelly
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	No hay límite de tiempo
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Jóvenes y Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Diagnóstico de la Personalidad

○ **Test de Frases Incompletas de FORER**

<i>Autor(es)</i>	:	Bertram Forer
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual.
<i>Duración</i>	:	30 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños (5 a 14 años).
<i>Objetivo</i>	:	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 niño.

○ **Inventario de Cociente Emocional ICE de BarOn**

<i>Autor(es)</i>	:	Reuven BarOn
<i>Adaptación Peruana</i>	:	Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares Del Águila
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva

<i>Formas</i>	:	Completa y Abreviada
<i>Duración</i>	:	Sin límite de tiempo
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños y Adolescentes entre los 07 y 18 años
<i>Objetivo</i>	:	Evaluación de las habilidades emocionales y sociales.

○ **Cuestionario Big Five (BFQ)**

<i>Autor(es)</i>	:	G. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectivo
<i>Duración</i>	:	20 – 30 min.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Evaluación de 5 dimensiones y 10 subdimensiones de la personalidad.

○ **Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger (CCGB)**

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

○ **Cuestionario de Personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell**

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

○ **Cuestionario de Personalidad de 16 factores de Cattell – 16PF**

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

○ **Inventario de Cociente Emocional ICE BARON**

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

○ **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)**

<i>Autor(es)</i>	:	Theodore Millon
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	De 20 a 30 minutos aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	18 años en adelante
<i>Objetivo</i>	:	Permite medir dificultades emocionales, sea trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos.

○ **Inventario de Estilos de Personalidad de Millon – MIPS**

<i>Autor(es)</i>	:	Theodore Millon
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	Variable, en torno a 30 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	18 años en adelante
<i>Objetivo</i>	:	Estudio de la Personalidad. Consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares organizadas a su vez en 3 áreas principales: tendencias motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales.

○ **Cuestionario de Autoconcepto Garley**

<i>Autor(es)</i>	:	Belén García Torres
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	15 a 20 minutos aprox
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños y Adolescentes
<i>Objetivo</i>	:	Evaluar el autoconcepto

○ **Test de Autoestima para Escolares (2003)**

<i>Autor(es)</i>	:	Cesar Ruiz Alva
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	15 minutos aproximadamente.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	A partir de 8 años a 14
<i>Objetivo</i>	:	Explorar el nivel de autoestima. Consta de 25 ítems divididos en 6 aspectos: Familia, Identidad personal, Autonomía, Emociones, Motivación, Socialización.

○ **Inventario de Depresión de Beck**

<i>Autor(es)</i>	:	Beck, AT; Rushm AJ; Shaw, BF y Emery G
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	15 minutos como promedio

Edad de Aplicación : Desde los 11 años de edad con instrucción mínima primaria completa

Objetivo : Aspectos Cognoscitivos de la depresión, Aspectos conductuales de la depresión, aspectos fisiológicos de la depresión.

○ **Escala de Depresión de Yesavage**

Autor(es) : Brink y Yesavage

Forma de Aplicación : Individual y Colectiva

Duración : 15 minutos como promedio

Edad de Aplicación : A partir de los 60 años

Objetivo : Evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

○ **Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) - Escala de Automedición de Depresión (EAMD)**

Autor(es) : Zung

Forma de Aplicación : Individual y Colectiva

Duración : 10 minutos aproximadamente cada escala

Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos

Objetivo : Grado de ansiedad y Grado de depresión del sujeto.

○ **Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo Niños (IDAREN)**

Autor(es) : Charles Spielberger

Forma de Aplicación : Individual y Colectiva

Duración : 15 minutos

Edad de Aplicación : De 9 a 15 años

Objetivo : Autoevaluación de la ansiedad en niños y

adolescentes como estado transitorio y como rasgo latente.

○ **Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE)**

<i>Autor(es)</i>	:	Charles Spielberger
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	15 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y adultos, con nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
<i>Objetivo</i>	:	Detección de personas con predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. Asimismo para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

○ **Test del Dibujo de la Familia en la práctica médico-pedagógica**

<i>Autor(es)</i>	:	L. Corman
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	15 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños(as) a partir de los 05 años y adolescentes
<i>Objetivo</i>	:	Test de personalidad y de la dinámica familiar que vivencia.

○ **Inventario de Temores Infantiles.**

<i>Autor(es)</i>	:	José Anicama.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual.
<i>Duración</i>	:	20 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Niños de 6 a 15 años.
<i>Objetivo</i>	:	Evalúa de manera precisa las respuestas y sentimientos específicos de temor en los niños.

○ **Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos**

<i>Autor(es)</i>	:	J. Barraca y L. López – Yarto.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	10 min.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y adultos (a partir de los 16 años)
<i>Objetivo</i>	:	Evaluación de la satisfacción familiar expresada por los sujetos a través de distintos adjetivos.

ÁREA CONDUCTUAL

○ **Escala de Conners para padres y maestros – Revisada (S)**

<i>Autor(es)</i>	:	C. Keith Conners, Ph. D.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	05 a 10 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	padres y maestros de niños entre 03 y 17 años
<i>Objetivo</i>	:	Despistaje y diagnóstico clínico de TDAH

○ **Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

<i>Autor(es)</i>	:	Arma Farré y Juan Narbona
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual
<i>Duración</i>	:	10 a 15 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	:	padres y maestros de niños entre 6 a 12 años.
<i>Objetivo</i>	:	Medida de los principales rasgos del TDAH y trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.

ÁREA VOCACIONAL

○ **Inventario de Intereses y Preferencias Profesionales IPP**

<i>Autor(es)</i>	:	María Victoria De la Cruz.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	30 - 60 min.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y adultos (a partir de los 13 años)
<i>Objetivo</i>	:	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–R 91**

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

○ **Inventario de Hábitos de Estudio CASM–85 revisión 98**

<i>Autor(es)</i>	:	Luis A. Vicuña Peri.
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	15 a 20 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y adultos (a partir de los 13 años)
<i>Objetivo</i>	:	Medición y diagnóstico de los hábitos de estudio de alumnos de Educación secundaria y de los primeros años de la universidad y/o institutos superiores.

○ **Registro de Preferencias Vocacionales de KUDER**

<i>Autor(es)</i>	:	F. Kuder
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	30 – 60 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Orientación Vocacional y Ocupacional

○ **Inventario de Preferencias Profesionales de HEREFORD**

<i>Autor(es)</i>	:	C. Hereford
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	50 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Adolescentes y Adultos
<i>Objetivo</i>	:	Apreciación de los intereses en 10 campos de actividad profesional, teniendo en cuenta las profesiones y las actividades correspondientes.

○ **Test de Repertorios Cognitivos en Orientación Vocacional (RECOV–2003)**

<i>Autor(es)</i>	:	L. Vicuña – H. Hernández
<i>Forma de Aplicación</i>	:	Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	:	55 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	:	Estudiantes a partir de cuarto año de Educación secundaria
<i>Objetivo</i>	:	Evaluar los repertorios cognitivos respecto al Razonamiento espacial, lógico–físico–matemático y comprensión de lectura.

Procedimientos de evaluación diagnóstico

PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DIAGNOSTICO

- ❖ **Observación:** Es la estrategia prioritaria que junto a la entrevista psicológica deben de permitir de forma objetiva y efectiva avizorar la problemática que presenta el paciente durante las sesiones de evaluación; ya que el ambiente de observación solo se reducirá a las instalaciones del consultorio, se deberá de observar con mucho énfasis, desde indicadores generales, (tal como apariencia física, higiene personal, desarrollo maduracional según edad cronológica), así como indicadores de conducta, captados de manera verbal (expresión, comprensión verbal), como no verbal (movimientos lentos o agitados, sudoración, motivación, colaboración, interés /desinterés, etc.).

- ❖ **Entrevista:** Es un proceso de conversación seria, siendo una de las primeras estrategias del contacto directo entre paciente y evaluador, siendo su principal fin el recoger datos, motivar e informar, al paciente, basada específicamente en la información verbal que remite éste, dependiendo del nivel de empatía y el adecuado rapport brindado en el clima de esta relación. Constituye el primer contacto con el paciente, se basa en la comunicación verbal fomentando un clima empático, cuya finalidad es que el entrevistado se sienta cómodo y con la confianza suficiente para verbalizar su problemática, y así poder ayudarlo y orientarlo. La entrevista tiene una duración de 40 a 45 minutos por día, realizándose durante los 4 o 5 días de evaluación integral, en paralelo con la observación: Para el caso de:

Adultos: la primera sesión se hace para el establecimiento del motivo de consulta y se recabó información de la historia de vida del paciente.

Niños: se realiza la entrevista inicial con los padres con la finalidad de establecer el motivo de consulta y recabar datos de la historia del menor, el tiempo restante (los últimos 10 a 15 minutos de la entrevista), se dirigen a la entrevista con el niño sin presencia de sus padres.

El formato de entrevista que se maneja son los siguientes, en relación a su edad cronológica:

ANAMNESIS (para infantes y niños)

Utilizado por el evaluador con los padres o cuidadores del niño, constanding de la siguiente información:

- Datos personales
- Motivo de Consulta → Problema Actual, evolución y desarrollo inicial
- Historia evolutiva → pre, peri y post natal
- Historia médica –Enfermedad Actual
- Historia del desarrollo
- Historia de la habilidad para hablar / del lenguaje
- Formación de hábitos → alimentación, higiene, independencia personal
- Conducta
- Juego
- Historia educativa → hábitos de estudio
- Psicosexualidad
- Opinión y actitudes de los padres con relación al hijo
- Antecedentes familiares.

ANAMNESIS para jóvenes y adultos:

Esta debe comprender lo siguiente ítems:

- Datos Personales
- Datos sobre el motivo de consulta
- Historia médica
- Historia epidemiológica
- Perfil personal y familiar
- Datos Laborales.
- Intereses personales (ambiciones, pasatiempos, actividades)

- Información Sexual
 - Matrimonio o relación de pareja
 - Datos familiares (antecedente de la enfermedad - familia)
- a) Plan de evaluación. Es una herramienta de apoyo en paralelo que sirve para complementar las apreciaciones durante la entrevista y la observación y que además conllevarán a enunciar un juicio sobre el evaluado, siguiendo cada uno de los criterios establecidos anticipadamente. El objetivo principal de la evaluación es tomar una decisión bajo un determinado plan de evaluación, con el fin de determinar un diagnóstico. Éstas están conformadas por las pruebas psicológicas, las cuales varían de acuerdo a la temática a indagar. Así se diseña un plan de evaluación, basado en los datos recogidos en la entrevista y observación, ayudado por el motivo de consulta, a través de ellos se decide que instrumento o técnica se va a utilizar para poder corroborar las hipótesis planteadas en un inicio.
- b) Administración de instrumentos. Son acciones de apoyo que sirve para complementar las apreciaciones del psicólogo en la entrevista y en la observación y que además conllevarán a enunciar un juicio sobre el evaluado, siguiendo cada uno de los criterios establecidos anticipadamente, su objetivo es tomar una decisión bajo un contexto determinado, con el fin de arribar a un diagnóstico. Se hace uso de las pruebas, según sea el caso asignado, para poder confirmar o refutar las apreciaciones más no para emitir un diagnóstico definitivo del paciente en base a estas.
- Calificación de las pruebas. Se llevó a cabo un análisis cuantitativo de los resultados, que consistió en la calificación manual y computarizada de las pruebas administradas; así como también se procedió al análisis cualitativo, que estuvo dirigida a la interpretación de los resultados obtenidos, de acuerdo a las normas establecidas en cada uno de los instrumentos y de acuerdo a las características de los evaluados.

- Análisis e interpretación de los resultados. Se efectuará en base a los resultados considerando las normas que establezca cada instrumento.
 - Perfil de los resultados. Se elaborará en base a los resultados encontrados, en el cual se ubicarán tanto sus posibilidades y limitaciones. .
- ❖ **Diagnóstico:** Es el producto de la síntesis de la entrevista, la observación y las pruebas psicométricas y/o proyectivas administradas al paciente, de acuerdo al manual de diagnóstico de la CIE 10. En base a ello se realizara un plan de intervención.

Se llevó a cabo dos tipos de diagnóstico:

- ☑ Presuntivo. En un primer momento se realizó éste diagnóstico, el cual se estableció en función de la observación y entrevista inicial. La finalidad fue realizar un diagnóstico diferencial, ante las hipótesis planteadas.
 - ☑ Definitivo. Es el diagnóstico realizado según las normas del DSM IV, CIE 10 y las observaciones, entrevistas y técnicas de evaluación, ayudadas con protocolos, escalas, baterías, etc., utilizadas en las sesiones. Cabe destacar que este diagnóstico puede ser: *descriptivo* con indicadores que no se estipule en algún trastorno o enfermedad según las normas del CIE 10.
- ❖ **Informe Psicológico:** Documento técnico es la sistematización de la información recogida durante el proceso de observación, entrevista y de evaluación psicológica, adjuntando los datos ya anteriormente especificados, finalmente se indicarán las conclusiones y sus respectivas recomendaciones según lo visto en los resultados, conclusiones, antecedentes, observaciones y motivo de consulta.

CAPITULO II

CASO CLÍNICO – ANAMNESIS

I. DATOS PERSONALES

Nombre : P.M.J.

N° Seguro : 530426-1-000

Edad : 63 años

Lugar de Nacimiento : Cajamarca – Provincia de Jesús

Nro. De Hermanos : 4

Lugar entre hermanos : 4to

Lugar de residencia : Lima

Nivel de instrucción : Superior

Ocupación : Medico Ginecólogo

Estado Civil : Casado

Nro. de Hijos : 3

Fecha de evaluación : enero agosto 2013

Evaluador : Ps. Berenice De La Torre Sobrevilla

Interconsulta : Servicio de Nefrología

Informantes : Paciente, Hijo

II. PROBLEMA ACTUAL

Paciente acude solo a la consulta, refiriendo que hace más de dos años le diagnosticaron Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), por lo cual presentaba náuseas, mareos, y cefaleas. Estas molestias le provocaron mucha preocupación, “no podía controlarlos”, “pensaba en lo peor, y “no podía dormir bien”. Luego de unas semanas se tranquilizó; sin embargo en uno de sus controles médicos le indican exámenes auxiliares, con cuyos resultados hacen el diagnóstico de insuficiencia renal, por lo que actualmente se encuentra dializándose “para suplir la función de los riñones”. Esta situación reagudizó nuevamente sus preocupaciones y pensamientos negativos.

2.1 Episodios Previos

Inicia su enfermedad a principios del año 2012, cuando le hacen el diagnóstico de diabetes, por lo que es tratado con insulina y dieta. Posteriormente a fines del mismo año comienza el proceso de su enfermedad renal, cuando acude a su médico por fuertes dolores en la espalda y le diagnostican cálculos renales. Refiere “eso mata los riñones”. En el año 2013 su médico tratante le informa que sus riñones ya no funcionan y tienen que ponerle la fístula para que inicie Hemodiálisis (HD), medio que es aceptado en reemplazo del funcionamiento de los riñones. Refiere “fue difícil al inicio tengo ayuda de mi familia de la religión, creo que puedo salir adelante”.

En octubre del 2013 es derivado para evaluación psicológica requisito del protocolo de Trasplante Renal para ingresar a la lista de espera, estudios de Pre Trasplante Renal.

2.2 Observaciones generales

Paciente de 62 años de edad, de tez trigueña, de contextura delgada y estatura aproximada de 1.67 cmts, aparentando mayor edad con respecto a su edad cronológica, luce aseado.

Al inicio de la evaluación se mostró poco comunicativo, fatigado refiere” haber salido de la diálisis”, sin embargo luego logra cumplir con realizar parte de las pruebas psicológicas administradas.

Paciente evidencia un nivel de actividad adecuada; sin embargo, en algunas ocasiones se muestra intranquilo como consecuencia de haber recibido la diálisis, procedimiento que también le produce cansancio. En el transcurso de las sesiones se mostró más colaborador y atento al desarrollo de las mismas, cumpliendo en su totalidad con el desarrollo de las evaluaciones.

Mantiene un lenguaje claro y fluido, cumpliendo la finalidad del discurso. Evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje. El curso de su pensamiento es lógico y coherente. Sus contenidos están centrados en sus preocupaciones relacionadas con su salud con características catastróficas.

Cabe señalar que el paciente, denota una actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptivo y con disposición para brindar amplia y detallada información.

Se muestra tranquilo y colaborador cuando siente apoyo familiar cerca.

III. HISTORIA PERSONAL

3.1 Desarrollo inicial

Nació en la provincia de Jesús del departamento de Cajamarca el 26 de enero de 1952, de parto aparentemente normal. Su desarrollo psicomotor fue dentro de límites normales.

3.2 Educación

Estudió primaria y secundaria en la ciudad de Cajamarca, con buen rendimiento académico, destacando en los cursos de matemáticas y química. En 3ero, 4to y 5to de secundaria obtuvo los primeros puestos. Desde pequeño tuvo la vocación de ser médico, teniendo un gran respaldo de sus progenitores. Sus estudios universitarios los realizó en la ciudad de Trujillo en la Facultad de Medicina, obteniendo el Grado de Médico Cirujano. Posteriormente postuló a la especialidad de Ginecología en la universidad de San Marcos ocupando uno de los primeros puestos, y en el año 1984 logra culminar su residentado obteniendo el título de Médico Ginecólogo.

3.3 Ocupación o trabajo

En lo que respecta al área laboral, inicia su trabajo especializado en la ciudad de Trujillo, en el Hospital de ESSALUD donde laboró hasta hace dos años; y por razones de salud es trasladado a Lima para continuar su labor profesional. Durante todo este tiempo se ha desempeñado con profesionalismo, por lo que obtuvo reconocimientos

3.4 Hábitos e intereses

Como pasatiempo refiere que le gusta la lectura y escuchar música.

3.5 Personalidad

En lo que respecta a sus características de personalidad, se considera tranquilo, siguiendo siempre las reglas, colaborador y estable.

Gusta de participar de reuniones no mostrando dificultades en sus relaciones interpersonales.

Considera que siempre ha sido creyente, era católico hasta hace unos años en las cambio de religión volviéndose evangélico. Refiere que la lee la biblia diariamente y comparte sus prácticas religiosas con su familia

IV. HISTORIA FAMILIAR

Padre: falleció a los 88 años en el 2012, por problema renal. Sufría de hipertensión arterial, diabetes, por lo que también se dializaba. Se dedicaba a la agricultura.

Madre: ama de casa, sufre de hipertensión arterial, actualmente está en tratamiento médico. Se encuentra en la ciudad de Cajamarca.

Hermanos: 4, todos sin presentar patologías

Esposa: profesional microbióloga, por lo que ambos están dedicados al campo de la medicina. Están casados desde hace 32 años.

Hijos: tiene 3 hijos, todas mayores de edad, uno de ellos es médico, quien tiene una participación activa en la enfermedad de su padre. Los otros dos residen en el extranjero.

Tío (hermano del padre): tuvo diabetes, insuficiencia renal crónica terminal de grado V (IRCT), no llegó a dializarse y falleció en el año 2010.

Estilo parental: procede de una familia funcional, quienes le proporcionaron soporte, apoyo emocional, y que dedicaron sus esfuerzos en optimizar el desarrollo personal, profesional y emocional de sus hijos.

V. EXAMEN CLINICO PSICOLOGICO

Paciente al momento de la evaluación se encuentra lucido, orientado en todas las esferas; su atención se muestra ensimismado en sus preocupaciones relacionados con su enfermedad; pero con suficiente flexibilidad para adaptarse a los estímulos cotidianos del medio.

Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas; se aprecia un lenguaje claro, coherente, con adecuada expresión y comprensión. En su percepción se aprecian quejas cenestopáticas, sin otras alteraciones.

En su pensamiento, el curso mantiene una velocidad y cantidad adecuadas, cumpliendo con su objetivo; sus contenidos están referidos a preocupaciones catastróficas por su salud y situación actual.

Presenta adecuado estado de memoria de corto y de largo plazo.

En la esfera afectiva se encuentran síntomas de ansiedad y depresión aunque con menos intensidad.

En la esfera volitiva mantiene planes a corto y a largo plazo, es perseverante y con energía suficiente para cumplir sus objetivos.

En las tendencias vitales solo hay alteraciones en el sueño; manteniendo el apetito, la sexualidad y la conservación de la vida y de la salud dentro de límites normales.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : P.M.J.

N° Seguro : 530426-1-000

Edad : 63 años

Lugar de Nacimiento : Cajamarca – Provincia de Jesús

Nro. De Hermanos : 4

Lugar entre hermanos : 4to

Lugar de residencia : Lima

Nivel de instrucción : Superior

Ocupación : Medico Ginecólogo

Estado Civil : Casado

Nro. de Hijos : 3

Fecha de evaluación : enero agosto 2013

Evaluador : Ps. Berenice De La Torre Sobrevilla

Interconsulta : Servicio de Nefrología

Informantes : Paciente, Hijo

II. MOTIVO DE CONSULTA

El servicio de nefrología solicita a través de una Interconsulta evaluación psicológica del paciente, para ingresar a la lista de espera de trasplante renal, de acuerdo al protocolo de pre Trasplante (Tx.). El paciente en la actualidad se encuentra en la unidad de diálisis, recibiendo tratamiento los días martes, jueves y sábado.

III. OBSERVACIÓN GENERAL

Paciente de 62 años de edad, de tez trigueña, de contextura delgada y estatura aproximada de 1.67 cmts, aparentando mayor edad con respecto a su edad cronológica, luce aseado.

Al inicio de la evaluación se mostró poco comunicativo, fatigado refiere” haber salido de la diálisis”, sin embargo luego logra cumplir con realizar parte de las pruebas psicológicas administradas.

Paciente evidencia un nivel de actividad adecuada; sin embargo, en algunas ocasiones se muestra intranquilo como consecuencia de haber recibido la diálisis, procedimiento que también le produce cansancio. En el transcurso de las sesiones se mostró más colaborador y atento al desarrollo de las mismas, cumpliendo en su totalidad con el desarrollo de las evaluaciones.

Mantiene un lenguaje claro y fluido, cumpliendo la finalidad del discurso. Evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje. El curso de su pensamiento es lógico y coherente. Sus contenidos están centrados en sus preocupaciones relacionadas con su salud con características catastróficas.

Cabe señalar que el paciente, denota una actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptivo y con disposición para brindar amplia y detallada información.

Se muestra tranquilo y colaborador cuando siente apoyo familiar cerca.

IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Inicia su enfermedad a principios del año 2012, cuando le hacen el diagnóstico de diabetes, por lo que es tratado con insulina y dieta. Posteriormente a fines del mismo año comienza el proceso de su enfermedad renal, cuando acude a su médico por fuertes dolores en la espalda y le diagnostican cálculos renales. Refiere “eso mata los riñones”. En el año 2013 su médico tratante le informa que sus riñones ya no funcionan y tienen que ponerle la fístula para que inicie Hemodiálisis (HD), medio que es aceptado en reemplazo del funcionamiento de los riñones. Refiere “fue difícil al inicio tengo ayuda de mi familia, de la religión, creo que puedo salir adelante”.

En octubre del 2013 es derivado para evaluación psicológica requisito del protocolo de Trasplante Renal para ingresar a la lista de espera, estudios de Pre Trasplante Renal.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista
- Observación Clínica
- Historia Clínica Psicológica
- Inventario de la Personalidad 16 PF
- Test de la Figura Humana
- Inventario de Depresión de Beck

VI. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

6.1 Área cognitiva

El evaluado impresiona en los procesos sensoriales y perceptivos estados adecuados; así como una capacidad intelectual normal promedio, pensamiento de curso normal, el contenido se encuentra a un nivel abstracto evidenciándose una óptima capacidad de análisis, síntesis, razonamiento juicio y comprensión lo que le permite comprender y resolver problemas relacionados a la salud, a las actividades laborales y familiares. Sin embargo, en ocasiones, muestra un estado de ánimo ansioso –depresivo, que contamina el contenido de su pensamiento; pero sin repercutir sobre su apreciación de la realidad. En ese sentido posee recursos, tales como sus habilidades cognitivas, y su convicción, además de la práctica religiosa que le dan soporte frente al proceso de la enfermedad y otras dificultades de la vida.

6.2 Área afectiva

Es una persona emocionalmente estable, objetiva, tiende a ser formal y convencional, responsable en el cumplimiento de las normas, con adecuada capacidad de ajuste en las relaciones de su entorno. Presenta adecuada tolerancia a la frustración; lo que ayudara a facilitar en el proceso psicoterapéutico a afrontar saludablemente sus problemas actuales.

Es una persona solidaria, empática, que logra estructurar relaciones interpersonales cálidas estables y consistentes, es capaz de mantener y cumplir sus compromisos. Es responsable y leal con las figuras significativas de su entorno familiar y social.

6.3 Área socio-familiar

En su historia de vida familiar, se encuentran antecedentes de estilos parentales funcionales, donde se evidencia relaciones de afecto y soporte familiar, donde cada miembro logra relacionarse con independencia y espacio propio.

Cuenta con un adecuado desarrollo de las habilidades sociales para establecer y mantener relaciones interpersonales significativas, mostrando una adecuada relación a nivel afectivo, comunicacional y social entre sus miembros.

Paciente cuenta en la actualidad con redes de soporte familiar, social (grupos religiosos) que sirven también de soporte en el proceso de la enfermedad.

VII. CONCLUSIONES

- Capacidad Intelectual Normal Promedio.
- Indicadores de ansiedad, por ideas de anticipación catastróficas frente al proceso de su enfermedad.
- Posee recursos personales, que puedan ayudar bajo orientación psicoterapéutica a lograr afrontar sus problemas y dificultades actuales.
- A nivel familiar su esposa e hijos se muestran colaboradores y brindan soporte emocional, lo que servirá para reforzar el apoyo psicoterapéutico al paciente.

De acuerdo a los resultados de la evaluación el paciente no presenta indicadores psicopatológicos graves que interfieran en el proceso del trasplante.

VIII. DIAGNOSTICO

Eje I	:	Trastorno de Adaptación (F43.2) Reacción mixto de ansiedad y depresión (F43.22)
Eje II	:	Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (Z63.7)
Eje III	:	Insuficiencia Renal crónica Terminal (N18.0) Diabetes Mellitus II (E10)
Eje IV	:	Ninguno
Eje V	:	EAG=50. Síntomas moderados (actual)

IX. RECOMENDACIONES

- Seguimiento por C.E. de Psicología.
- Psicoterapia de apoyo (Pre Trasplante – Post Trasplante) con la finalidad de optimizar sus recursos personales.
- Apoyo psicoterapéutico familiar, con la finalidad de ayudar emocionalmente a la familia, y generar un ambiente que ayude a su plena recuperación.
- Psicoeducación sobre los riesgos y beneficios del proceso del pre y post trasplante.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : P.M.J.

N° Seguro : 530426-1-000

Edad : 63 años

Lugar de Nacimiento : Cajamarca – Provincia de Jesús

Nro. De Hermanos : 4

Lugar entre hermanos : 4to

Lugar de residencia : Lima

Nivel de instrucción : Superior

Ocupación : Medico Ginecólogo

Estado Civil : Casado

Nro. de Hijos : 3

Fecha de evaluación : agosto 2013

Evaluador : Ps. Berenice De La Torre Sobrevilla

Interconsulta : Servicio de Nefrología

Informantes : Paciente, Hijo

II. MOTIVO DE CONSULTA

El servicio de nefrología solicita a través de una Interconsulta evaluación psicológica del paciente, para ingresar a la lista de espera de trasplante renal, de acuerdo al protocolo de pre Trasplante (Tx.). El paciente en la actualidad se encuentra en la unidad de diálisis, recibiendo tratamiento los días martes, jueves y sábado.

III. OBSERVACIÓN GENERAL

Paciente de 62 años de edad, de tez trigueña, de contextura delgada y estatura aproximada de 1.67 cmts, aparentando mayor edad con respecto a su edad cronológica, luce aseado.

Al inicio de la evaluación se mostró poco comunicativo, fatigado refiere” haber salido de la diálisis”, sin embargo luego logra cumplir con realizar parte de las pruebas psicológicas administradas.

Paciente evidencia un nivel de actividad adecuada; sin embargo, en algunas ocasiones se muestra intranquilo como consecuencia de haber recibido la diálisis, procedimiento que también le produce cansancio. En el transcurso de las sesiones se mostró más colaborador y atento al desarrollo de las mismas, cumpliendo en su totalidad con el desarrollo de las evaluaciones.

Mantiene un lenguaje claro y fluido, cumpliendo la finalidad del discurso. Evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje. El curso de su pensamiento es lógico y coherente. Sus contenidos están centrados en sus preocupaciones relacionadas con su salud con características catastróficas.

Cabe señalar que el paciente, denota una actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptivo y con disposición para brindar amplia y detallada información.

Se muestra tranquilo y colaborador cuando siente apoyo familiar cerca.

IV. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL COGNITIVO – CONDUCTUAL

La psicología de la salud propone estrategias de intervención para las instituciones públicas donde actualmente ha surgido la necesidad de brindar apoyo terapéutico en el afrontamiento de enfermedades crónicas, como lo es la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), padecimiento que ha ido prevaleciendo en la población y con algunas alternativas de tratamiento médico. Las necesidades de atención de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica han hecho relevantes a la Terapia Conductual Cognitiva puesto que ofrece estrategias de intervención eficaces. En el presente trabajo se plantea un manual de procedimientos de intervención dirigido a los pacientes con IRC y a su familia basándose en técnicas cognitivo conductuales, las cuales han resultado favorables para el tratamiento del estrés, ansiedad, angustia y en el manejo del afrontamiento que se tiene al vivir con una enfermedad que invade de manera violenta la calidad de vida del paciente así como de su entorno familiar, social, afectivo, económico.

Se plantearon los siguientes objetivos generales para una intervención oportuna y con eficiencia en el manejo y tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.

- Orientar al paciente con IRC y a la familia del paciente para el afrontamiento y asimilación de los cambios que origina una enfermedad crónica.
- Orientar al paciente y a la familia en qué va a consistir el proceso de la enfermedad desde el diagnóstico hasta el tratamiento (Trasplante) y etapa final del paciente.

Los efectos psicológicos de la enfermedad renal crónica son el dolor, la depresión, la ansiedad y el estrés que afectan el funcionamiento familiar. Se trabajará cada uno de ellos con estrategias específicas que se desarrollarán en 12 sesiones.

SESIÓN 1

Objetivos

- Entrenar en técnicas de relajación con visualización para disminuir la intensidad del dolor percibida por los diferentes procedimientos médicos y de la enfermedad; así como los estados ansiosos.

Técnica:

Relajación y visualización

Cada vez que se practique la visualización es mejor empezar relajándose. Se pueden grabar las instrucciones o disponer de alguien que la lea. Hay que realizar el ejercicio dos veces al día, pero a la misma hora, y de ser posible en el mismo lugar.

Disponer de un tiempo ininterrumpido, tranquilo es una habitación silenciosa con una luz suave y una temperatura agradable. Vestir ropa cómoda. Abstenerse de realizar este ejercicio durante la digestión de una comida pesada. Hay que sentarse en un sillón confortable y seguir las siguientes instrucciones.

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, y el cuerpo, así como para efectuar cambios deseados en la conducta.

La visualización lleva la relajación un paso más al á en el control del dolor. Además de reducir la tensión muscular y redirigir la atención fuera del dolor, los ejercicios de visualización pueden reducir realmente el dolor, manipulando imágenes de dolor.

Los ejercicios de visualización actúan directamente sobre los aspectos emocionales y cognitivos de la propia experiencia de dolor, aprovechándose de la habilidad para entender e interpretar la realidad simbólicamente. Pueden usarse los ejercicios para transformar el dolor en imágenes visuales que pueden, una vez en la imaginación, ser manipuladas.

SESIÓN 2

Objetivo:

- Reflejar y fortalecer el cambio que se produce en el significado que el paciente atribuye al acontecimiento estresor.

Técnica:

Reestructuración cognitiva

La creación de un nuevo significado del acontecimiento o situación de estrés consiste en preguntar al paciente y dejar constancia del significado original que tiene para él dicho suceso. Luego se trabajan otros significados e interpretaciones alternativas a las originalmente atribuidas por el paciente. Después se pide al paciente que elabore un significado más realista y positivo utilizando la técnica de visualización anteriormente aprendida.

SESION 3

Evaluación línea base

- Área de emociones: ansiedad y depresión.
- Área de pensamiento: Pensamientos irracionales de contenido negativo, expectativas catastróficas, racionalizaciones.
- Área de conducta: retraining

Intervención

- Aplicación de cuestionarios, termómetro de ánimo y lista de chequeos de pensamientos negativos y pensamientos positivos.
- Información sobre la naturaleza del estado depresivo y los objetivos del programa al paciente y la familia.

- Procedimiento básico de entrenamiento.
- Al inicio y al final de sesión, cumplimiento por el paciente de los registros aplicados del estado de ánimo depresivo.

Trabajos en periodos intercesiones

- Autorregistro diario del estado de ánimo.
- Cumplimiento de lecturas sobre depresión.

SESION 4

Intervención

- Entrenamiento en utilización adecuada de lista de chequeos de pensamientos positivos, negativos, actividades agradables y desagradables y el tiempo que han utilizado en estas actividades.
- Procedimiento básico de entrenamiento del registro de Termómetro del ánimo.
- Al inicio y al final de sesión realización de autorregistros aplicables.
- Chequeo con los familiares del cumplimiento de las tareas del paciente.

Trabajos en periodos intercesiones

- Cumplimiento por el paciente de hojas de autorregistro diario de lista de chequeos de pensamientos negativos y pensamientos positivo, actividades agradables y desagradables.
- Práctica diaria del procedimiento básico en el autoregistro del termómetro del ánimo.
- Autorregistros de episodios de ánimo depresivo según termómetro del ánimo.

SESION 5

Intervención

- Identificación de estímulos que precipitan las crisis y estrategias para evitarlos.
- Identificación de los signos y síntomas precipitantes.
- Al inicio y al final de sesión, cumplimiento por el paciente en los autorregistros aplicables.
- Chequeo con los familiares del cumplimiento de las tareas del paciente.

Trabajo en periodos intercesiones

- Cumplimiento por el paciente de hojas de autorregistro diario de lista de chequeos de pensamientos negativos y pensamientos positivo, actividades agradables y desagradables.
- Práctica diaria del procedimiento básico en el autoregistro del termómetro del ánimo.

SESION 6

Intervención

- Metas individuales a corto y a largo plazo
- Contrato Personal
- Firmar el contrato personal por paciente, familia y terapeuta.
- Chequeo con los familiares del cumplimiento de las tareas del paciente.

Trabajo en periodos inter-sesiones

- Practica diarias del auto-registro del termómetro del ánimo.
- Práctica diaria de los auto-registros de cumplimiento de metas.
- Revisar el contrato personal

SESION 7

Intervención

- Entrenamiento de medidas a tomar si se presenta crisis (solución problemas).
- Entrenamiento en lista de chequeos por evocación.
- Al inicio y al final de sesión, cumplimiento por el paciente de los registros aplicados del estado de ánimo depresivo.
- Chequeo con los familiares del cumplimiento de las tareas del paciente.

Trabajo en periodos inter-sesiones

- Práctica diaria del procedimiento básico de termómetro del ánimo.
- Práctica diaria de entrenamiento en lista de chequeos por evocación.

SESION 8

Intervención

- Ensayo en imaginación de las acciones llevadas a cabo para controlar crisis de distinta intensidad en diferentes contextos.
- Al inicio y al final de sesión cumplimentación por el paciente en los auto-registros aplicables.

- Al final de la sesión, cumplimiento por el paciente de sus metas y de su contrato personal.
- Chequeo con los familiares del cumplimiento de las tareas del paciente.

Trabajo en periodos intercesiones

- Práctica diaria del procedimiento básico en el auto-registro del termómetro del ánimo.
- Práctica diaria de entrenamiento en lista de chequeos por evocación.

Conclusiones del tratamiento

Los resultados obtenidos apoyan la eficacia del programa aplicado. Tanto paciente como su esposa informaron de un incremento en la utilización de pensamientos positivos y lista de actividades agradables para el manejo del ánimo depresivo y especialmente utilizando el termómetro del ánimo. En el transcurso de la intervención psicoterapéutica el paciente fue capaz de identificar los pensamientos negativos, y a través de las técnicas logro el bloqueo y desarrollo la restructuración del pensamiento negativo a un pensamiento positivo. Esta disminución de episodios mejoro su estado emocional y trajo como consecuencia una mejoría en su termómetro del estado de ánimo.

Todo esto fue reforzado por el contrato personal y por red de apoyo-familia, religión. Puede concluirse, por tanto, que el procedimiento terapéutico llevado a cabo resultó efectivo y logro restructurar sus pensamientos y medido a través del termómetro del ánimo, así mismo se logra eliminar las consecuencias cognitivas conductuales no objetivas del ánimo depresivo en el paciente y en el medio familiar.

Para evidenciar el desarrollo y manejo de los procedimientos psicológicos se optó por exponer un plan de tratamiento psicoterapéutico mediante el caso de PMJ, que supone el uso de las técnicas del modelo Cognitivo-Conductual para promover el cambio y mejora de su calidad de vida. Además de favorecer el desarrollo de sus habilidades de afronte para disminuir el impacto negativo que su estado de salud física le genera; procesando de manera adecuada las experiencias que le perturban y aprendiendo a vivir desde otra perspectiva.

Es solo el ejercicio profesional el encargado de poner al Psicólogo en la escena laboral como única manera en la que se pueden aterrizar los conocimientos teóricos y metodológicos a la vida real, donde el profesional se pone en frente de su objeto de trabajo y estudio, que es el sujeto.

CONCLUSIONES

Este trabajo pretende reflejar, como la Psicología Clínica y de la Salud, se ha ido abriendo campo en los servicios de salud; y en este caso en particular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de EsSALUD.

Esto es consecuencia de un desarrollo teórico práctico de nuestra disciplina, en la que los avances de la ciencia por un lado, y su aplicación a la realidad cotidiana por otra parte, nos ha ido permitiendo tener una visión integral del ser humano y en particular del ser humano sufriente, que es la persona con una enfermedad.

En el caso específico del hospital Rebagliati, el Servicio de psicología ha ido paulatinamente adecuándose a la demanda de la población que atiende; lo que se ha reflejado en el hecho de que en la actualidad prestamos atención a más de 30 servicios médicos que cubre casi la totalidad de los servicios de nuestro hospital. Esto refleja de forma sustancial las actividades que realiza la psicología clínica y de la salud lográndose dar cuenta del rol importante y necesario que cumple el psicólogo.

El proceso de la enfermedad, no solo implica alteraciones a nivel de los diversos órganos del cuerpo humano; sino también compromete al ser humano en su totalidad, y en particular a las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales de la persona. Es esta situación lo que ha determinado que las necesidades de atención psicológica sean cada vez crecientes, a lo que hemos respondido con vocación y eficacia.

Lo reseñado líneas arriba se traduce en los siguientes hechos:

Las atenciones psicológicas se han ido incrementando con el curso de los años.

Los procedimientos psicológicos igualmente se han ido incrementando, y al mismo tiempo cada vez sub especializándose.

Se han desarrollado indicadores, guías y protocolos que vienen permitiendo una mejora en la calidad de atención psicológica.

La práctica profesional permite la articulación entre la teoría y los distintos campos de actuación, en este trabajo quedan expuestos los procedimientos de dicha vinculación que brinda el Servicio de Psicología en beneficio de los asegurados de la

unidad de Nefrología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. En lo que corresponde específicamente al trabajo del psicólogo en el servicio de nefrología es de resaltar nuestra incorporación formal al equipo multidisciplinario del servicio; lo que se traduce en hechos tales como la obligatoriedad de la evaluación psicológica como requisito indispensable para que se proceda a los trasplantes renales; y de las intervenciones psicoterapéuticas de los pacientes y sus familiares en las etapas de pre y post trasplante renal.

Los diagnósticos más frecuentes son los siguientes

Trastorno de adaptación (F43.2)

Trastorno depresivo mayor (F32.0)

Trastorno de ansiedad (F41)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barlow & Durand (2003) *Psicopatología*. España: Paraninfo.
- Belloch, A, Sandín, B, Ramos, F. (1998). *Manual de Psicopatología* Volumen 1 y 2, Edit. Mc Graw-Hill, Aravaca, Madrid.
- Kaplan, H, Sadock B, Greeb, J. 1996 *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta Psiquiatría Clínica*. Editorial Panamericana, Séptima Edición, Buenos Aires.
- Alarcón, G. Mazzotti y H. Nicolini. *Psiquiatría*. 2da Edición. OPS. Manual Moderno. México
- Humberto Rotondo. 2008 *Manual de Psiquiatría* UNMSM. Lima.
- Oliver Paredes, E. (2004). *Psicopatología del uso, abuso y dependencia a las Sustancias Psicoactivas*. Ediciones Libro Amigo, Lima Perú.
- OMS. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. 1992. Madrid.
- Ortiz CP. *Los Problemas de Aprendizaje y la formación de la personalidad*. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*. 1998. 3: 59-80.
- Perales A. *Salud Mental: Variables Socioeconómicas, Políticas y Culturales*. *Anales de Salud Mental*, 1993 (1y2): 83-107.
- Perales, A, Sogi, C, Sánchez, E, Salas, R.E, Bravo, F, Ordoñez, C. 1999 *Conductas de Riesgo en Adolescentes de Lima, Instituto Nacional de Salud Mental". Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", Serie Monográficas de Investigación N° 7, Lima*
- Sue, D, Velásquez, J. (1996) *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw Hill.
- Taylor E. Shelly (2003). *Psicología de la Salud*. Sexta edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México.

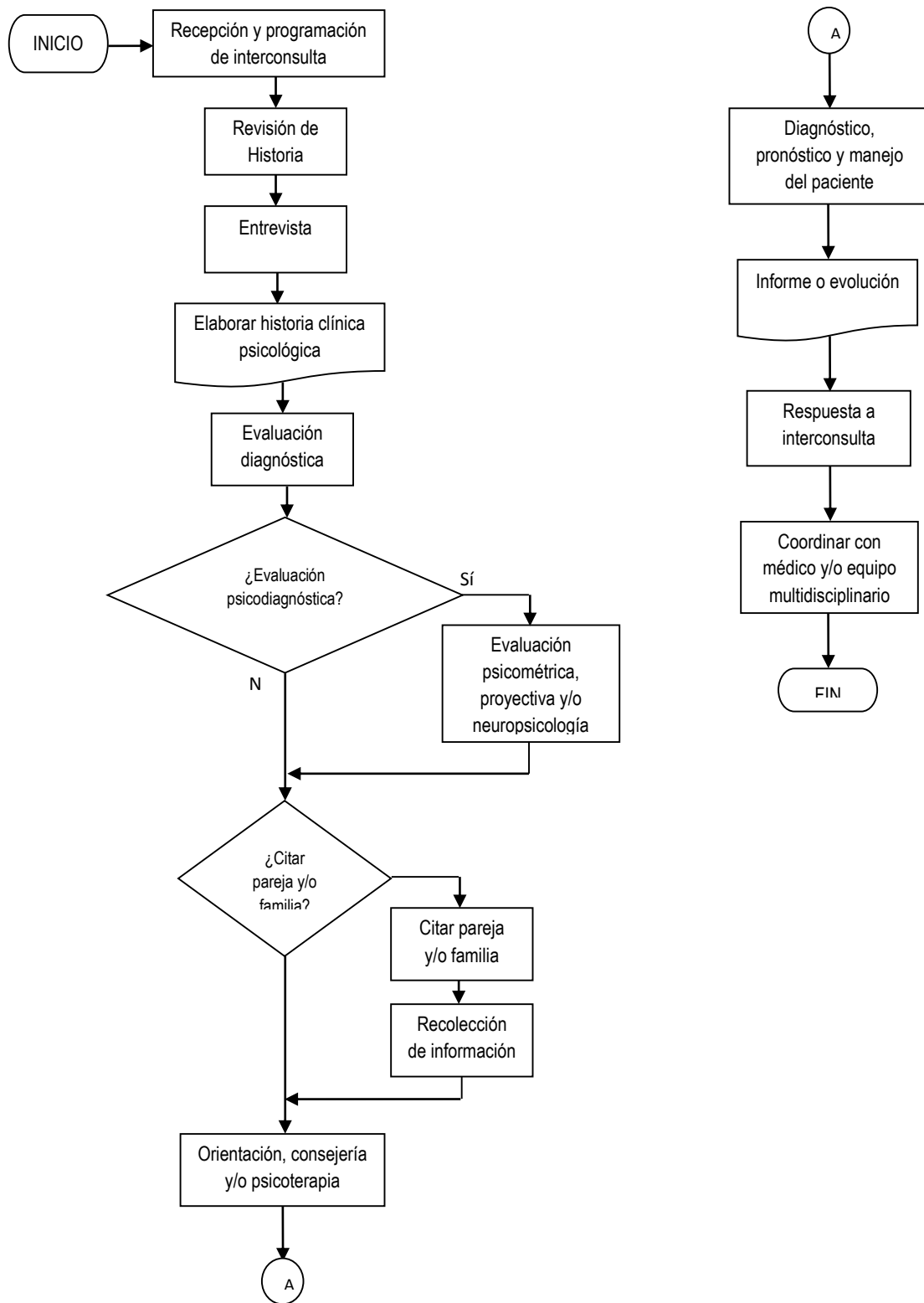
Vallejo Ruiloba, J.1986. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, Editorial Salvat, 2º edición, Barcelona.

Buela-Casal Gualberto. (1996).*Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Primera Edición. Siglo XXI Editores, SA. España.

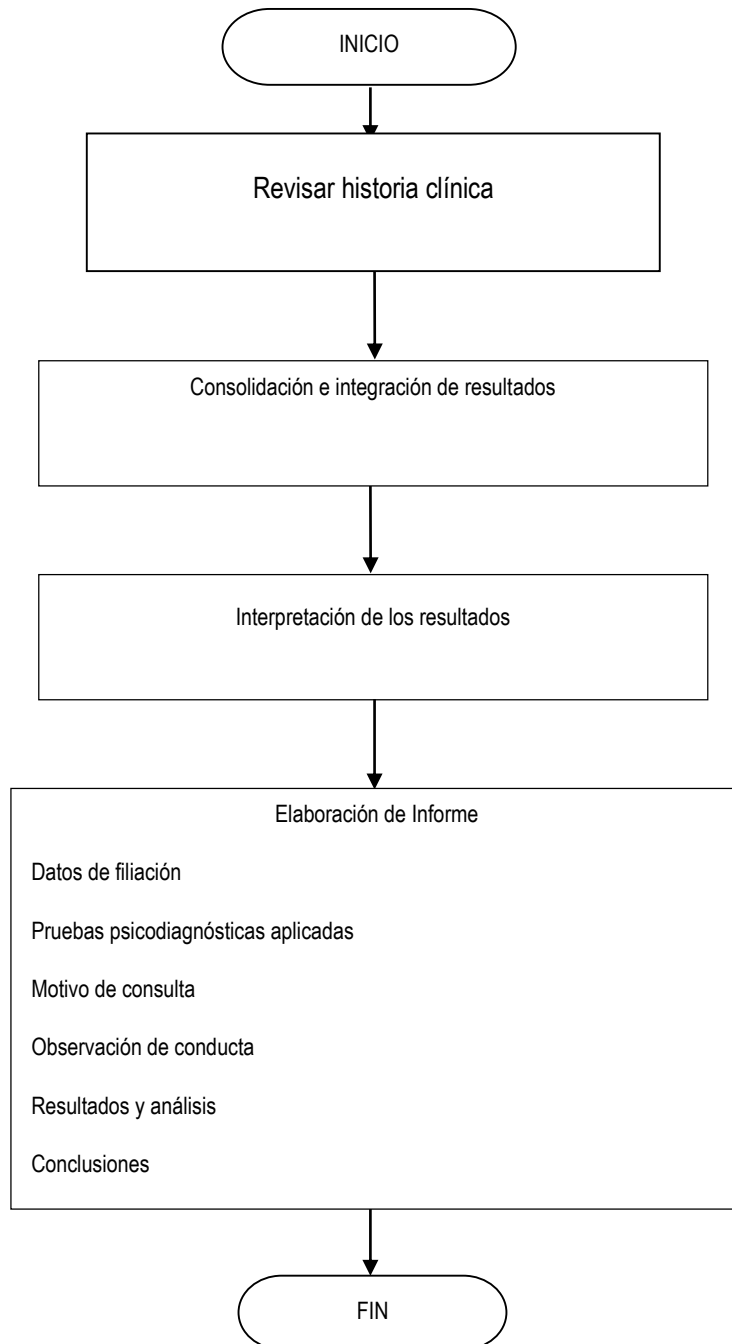
Beck, A. T. John Rush & Col. (2002). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Editorial descleé de Brouwer, S.A.

ANEXOS

Flujograma de Consulta Psicológica a Pacientes Hospitalizados



Flujograma de la elaboración del Informe Psicológico



Termómetro del ánimo

Semana _____

Nombre _____

Día		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo	El mejor	9	9	9	9	9	9	9
	Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
	Mejor	7	7	7	7	7	7	7
	Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
	Regular	5	5	5	5	5	5	5
	Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
	Peor	3	3	3	3	3	3	3
	Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
	El peor	1	1	1	1	1	1	1

Ficha de Registro

MARCA CON UNA (X) LOS PENSAMIENTOS POSITIVOS QUE TUVISTE CADA DÍA	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
1. Lo puedo hacer mejor.							
2. Amaneció muy bonito el día.							
3. Aprenderé a ser feliz conforme pase la vida.							
4. La vida es interesante.							
5. Merezco que me den crédito.							
6. Aun a pesar de que las cosas están mal ahora, se pondrán mejor.							
7. Lo hice bien.							
8. Realmente me siento muy bien.							
9. Esto es divertido.							
10. Tomé la mejor decisión para un problema difícil.							
11. Soy una buena persona							
12. Tengo esperanza en el futuro.							
13. Tengo un muy buen auto-control.							
14. Tengo derecho a ser feliz.							
15. Esto es interesante.							
16. Realmente manejé bien esta situación.							
17. Me gusta leer.							
18. Las personas se llevan bien conmigo.							
19. He trabajado mucho, ahora necesito descansar.							
20. Soy considerado(a) de otras personas.							
21. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.							
22. Me gusta la gente.							
23. Siempre encuentro la fortaleza para superar cualquier problema difícil.							
24. Soy una buena persona.							
25. Soy una persona sensible.							
26. Soy honesto (a)							
27. Podría manejar las crisis tan bien como cualquier persona.							
28. Mis experiencias me han preparado bien para mi futuro.							
29. Tengo mucha suerte.							
30. Soy muy responsable.							
31. Me interesan las otras personas.							
32. Soy inteligente.							
33. Soy atractivo(a) físicamente.							
34. No quisiera perderme el evento.							
Número total de pensamientos positivos							
MARCA UNA (X) A LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS QUE TUVO EL DÍA DE HOY	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM

1. Estoy confundido(a).							
2. No hay amor en el mundo.							
3. Estoy echando a perder mi vida.							
4. Tengo miedo.							
5. Terminaré viviendo solo(a).							
6. La gente ya no considera importante la amistad.							
7. No tengo nada de paciencia.							
8. Qué caso tiene seguir con esto.							
9. Soy un(a) estúpido(a).							
10. Cualquiera que piense que soy agradable es porque no me conoce realmente.							
11. La vida no tiene sentido.							
12. Estoy feo(a).							
13. No puedo expresar mis sentimientos.							
14. Nunca encontraré lo que realmente quiero.							
15. No soy capaz de querer.							
16. No valgo para nada.							
17. Mis esperanzas se han derrumbado.							
18. Soy un(a) incompetente.							
19. No voy a poder resolver mis problemas.							
20. Todo lo que hago me sale mal.							
21. Nunca podré cambiar.							
22. Todo se me desbarata.							
23. Ya no me entusiasma nada.							
24. Mejor deseo no haber nacido.							
25. No voy a poder dormir.							
26. Soy menos que otras personas.							
27. Todo es mi culpa.							
28. ¿Por qué me pasan tantas cosas malas a mí?							
29. No puedo pensar nada que pudiera ser divertido.							
30. La vida no vale la pena de vivirse.							
31. Nunca saldré de esta depresión.							
32. No tengo suficiente fuerza de voluntad.							
33. Quisiera estar muerto(a).							
34. Me pregunto si ellos están hablando de mí.							
35. Las cosas se van a poner peor y peor							
36. Tengo un mal carácter.							
37. La vida es injusta.							
38. No me atrevo a imaginarme lo que será mi vida dentro de 10 años.							
39. Algo está mal en mi							
40. Soy muy egoísta							
41. No soy tan buen(a) como zutano o mengano							
42. Me siento herido(a) fácilmente.							
Número total de pensamientos negativos							

Forma de trabajo para el método A-B-C-D

<p>A. Evento Activante (¿Qué sucedió)</p>	<p>C. Consecuencia (¿Cómo reaccionó usted?)</p>
<p>B. Belief (Creencia) de lo que sucedió (Lo que usted se dijo a si mismo(a) sobre lo que sucedió y que influyó en su reacción)</p>	<p>D. Discutir la creencia (Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable)</p>

GALERIA DE FOTOS

UNIDAD DE TRANSPALNTE RENAL



PISO 10-A NEFROLOGÍA



PISO 10-A NEFROLOGÍA



SESIÓN CON UN PACIENTE

